

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

POUR LE

354

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALFRED PINEAU

Ancien externe des hôpitaux,

Lauréat de l'École de Médecine d'Angers.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

Né le 17 février 1885 aux Ponts-de-Cé (M.-et-L.)

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

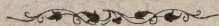
DE LA STOMATOPLASTIE

PAR ÉVIDEMENT COMMISSURAL

DU COL DE L'UTÉRUS

(Opération de M. le Professeur S. POZZI)

Président : M. Pozzi



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N° 354

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALFRED PINEAU

Ancien externe des hôpitaux,
Lauréat de l'École de Médecine d'Angers.
Médaille de bronze de l'Assistance publique.
Né le 17 février 1885 aux Ponts-de-Cé (M.-et-L.)

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA STOMATOPLASTIE

PAR ÉVIDEMENT COMMISSURAL
DU COL DE L'UTÉRUS
(Opération de M. le Professeur S. POZZI)

Président : M. Pozzi



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN PROFESSEURS		M. LANDOUZY
Anatomie		MM.
Physiologie		NICOLAS
Physique médicale		CH. RICHEL
Chimie organique et Chimie générale		WEISS
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GAUTIER
Pathologie et Thérapeutique générales		BLANCHARD
Pathologie médicale		ACHARD
Pathologie chirurgicale		WIDAL
Anatomie pathologique		TEISSIER
Histologie		N...
Opérations et appareils		PIERRE MARIE
Pharmacologie et matière médicale		PRENANT
Thérapeutique		HARTMANN
Hygiène		POUCHET
Médecine légale		MARFAN
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHANTEMESSE
Pathologie expérimentale et comparée		THOINOT
Clinique médicale		LETULLE
		ROGER
		CHAUFFARD
		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants		GILBERT BALLE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux		DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		N...
Clinique d'accouchements		BAR
		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERRER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAINEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnais-
sance infinie.*

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR S. POZZI

Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Hommage d'admiration et de sin-
cère attachement.*

A MON MAITRE :

M. LE DOCTEUR R. PROUST

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux.

*Avec l'assurance de toute ma
reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE D'ANGERS

MM. LEGLUDIC, MONPROFIT, THIBAUT, JAGOT, MARTIN,
BRIN, MAREAU, PAPIN, COCARD, MOTAIS, TURLAIS,
ROGUET, ROYER, LAUNAY.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1907-1908 M. le Professeur KIRMISSON.
M. le Docteur BARIÉ.

Externat.

1908-1909 M. le Professeur POZZI.
M. le Docteur PROUST, Professeur agrégé.
1909-1910 M. le Docteur E. SERGENT.
M. le Docteur PISSAVY.
1910-1911 M. le Docteur BOURCY.
1911-1912 M. le Docteur DÉMÉLIN, Professeur agrégé.
M. le Docteur GUINON.
Necker, 1912. M. le Docteur CHEVASSU, Professeur agrégé.

A MES AUTRES MAITRES

MM. LÉON BERNARD, FUNK-BRENTANO, MACÉ.

INTRODUCTION

Chez presque tous les peuples et de tous temps on a pu observer différentes coutumes destinées à préserver et si possible à augmenter la faculté de procréer. L'excision du clitoris en Abyssinie, la destruction de l'hymen par l'introduction d'un doigt dans le vagin en Chine, les fêtes organisées au moment de l'apparition des premières menstrues, où l'on masse les seins de la jeune fille, où l'on introduit divers objets dans le vagin sont toutes des manœuvres dont le but n'est que trop apparent.

Aux îles Andaman, dans le golfe du Bengale, les femmes sont fières de montrer aux voyageurs leur ventre proéminent et Livingstone raconte qu'à Angola la femme stérile est en butte à de telles railleries que parfois elle cherche dans la mort une fin à ses persécutions.

Autrefois la fécondité était la qualité principale appréciée chez la femme, l'inaptitude à procréer était considérée chez elle comme une opprobre et le chef de famille avait le droit de répudier l'épouse stérile. Nous en trouvons de nombreux exemples dans l'histoire du

peuple juif : « Donne-moi des enfants ou tu me verras mourir », s'écriait Rachel menacée dans sa situation d'épouse favorite, tandis que sa sœur Lia, préférée par Jacob pour sa fécondité disait que Dieu, en la rendant prolifique, lui avait accordé la plus enviable des dots. (De Sinety.)

De nos jours, la question de la stérilité occupe à la fois et à juste titre les économistes et les médecins.

Ferréol, dans un rapport à l'Académie de médecine, le 15 décembre 1891, disait : « L'absence ou le petit nombre d'enfants dans les familles est la plupart du temps le résultat d'un acte volontaire de la part des parents. Ces calculs, conséquence d'une civilisation raffinée, où la lutte pour l'existence devient de plus en plus difficile, sont contraires au sentiment naturel qui pousse les êtres vivants à se reproduire et à se complaire dans le développement de leur progéniture ».

La même idée était exposée en 1904 par le Dr Engelmann (de Boston) d'accord avec d'autres autorités, telles que Nathan Allen, Billings et Wilbur, et Samuel Gache de Buenos-Ayres ajoute : « La limitation du nombre des enfants se fait dans le but d'avoir seulement les enfants qu'on pourra élever et auxquels on pourra assurer une situation brillante. »

Aussi, tandis que certaines femmes se refusent les joies de la maternité, d'autres, malgré le désir le plus ardent de devenir mères, ne peuvent y parvenir.

Parfois ce désir est tellement violent qu'il devient une idée fixe en concentrant toutes les pensées de la femme. Chez quelques-unes, c'est presque de la folie et c'est

alors que le médecin intervient, et souvent avec succès, comme nous le verrons par la suite.

Nous allons insister ici sur le traitement chirurgical d'une cause très fréquente de stérilité chez la femme, stérilité causée par un obstacle mécanique à la pénétration du sperme dans l'utérus et accompagnée très souvent de dysménorrhée.

Ce traitement chirurgical consiste dans *l'évidement commissural* du col, procédé opératoire inventé par M. le professeur Pozzi, nommé par son auteur *stomatoplastie* et dirigé contre la sténose de l'orifice externe de col de l'utérus.

Nous étudierons également la métrite cervicale sténosique comme l'a désignée M. Pozzi, parce qu'elle est sous la dépendance immédiate de la sténose du col.

Il nous a paru intéressant de relever toutes les observations et les opérations de stomatoplastie par évidement commissural et de voir les résultats obtenus tant au point de vue de la fécondité, de la grossesse et de l'accouchement qu'au point de vue de la dysménorrhée et de la métrite. Notre statistique portera sur une période de 20 années et sur un nombre de cas suffisant pour que nous puissions en tirer des conclusions intéressantes.

Déjà M. le Dr Chabry, en 1898, dans sa thèse intitulée : *De la sténose du col de l'utérus, de son traitement, et principalement de l'évidement commissural du col (stomatoplastie du Dr Pozzi)* insistait après avoir fait l'exposé du procédé, sur le traitement des affections de l'utérus consécutives à la sténose du col.

Quelques années plus tard, en 1902, le Dr Nigoul se plaçait à un point de vue tout spécial : la stérilité, et sa thèse était intitulée : *La stomatoplastie par évidement commissural du col (opération de M. le professeur Pozzi) traitement de choix de la stérilité.*

Le Dr A. Mathez, en 1905, à Paris et Mlle Sophie Popoff à Lausanne la même année ont indiqué dans leur thèse « *les résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus par l'opération de M. le professeur Pozzi.* »

Enfin, le 9 novembre 1909, M. le professeur Pozzi, faisait à l'Académie de médecine une communication retentissante sur « le traitement chirurgical d'une cause très fréquente de dysménorrhée et de stérilité. »

Nous adressons ici notre reconnaissance à tous les maîtres dévoués qui nous ont guidé dans nos études et fait aimer la médecine. Nous remercions d'une façon toute particulière M. le professeur agrégé R. PROUST qui, dans le cours de nos études médicales à Paris, n'a cessé de stimuler nos efforts, de nous prodiguer ses conseils, et de nous témoigner des marques d'amitié.

Nous remercions M. le professeur Pozzi de son enseignement si clair et si prenant en gynécologie et de sa bienveillance, de son amabilité à notre égard, et nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre profonde et sincère reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

INDICATIONS DE LA STOMATOPLASTIE

La sténose congénitale de l'orifice externe du col utérin, la forme conique et l'exagération de l'anté-courbure normale de l'utérus constituent l'indication principale de la stomatoplastie.

Des sténoses.

Cette sténose semble avoir été connue des Anciens. Les Egyptiens nous apprennent en effet, et il y a de cela 4.000 ans que tous les utérus de la maison Abimeleck étaient fermés et que par suite, les femmes de cette race ne concevaient pas.

Hippocrate dans son livre sur la nature de la femme dit : « L'orifice de l'utérus est-il clos, les règles manquent et le sperme n'est plus admis. »

Il faut arriver en 1842 pour voir apparaître avec Lisfranc en plus de la sténose du col, la notion de conicité. Il la décrit ainsi : « Assez souvent le col de l'utérus est essentiellement conique; son sommet qui est en bas, offre à peine un diamètre de $2\text{ m/m } 1/2$ environ (une ligne); il est percé à son centre d'une petite ouverture qu'on dirait avoir été pratiquée avec une vrille très fine;

toujours jusqu'aujourd'hui j'ai observé que l'extrémité inférieure de la matrice gagnait en longueur ce qu'elle perdait en largeur. La disposition sur laquelle j'insiste et que j'ai le premier indiqué rend la conception difficile et même ordinairement impossible. Sur le très grand nombre de personnes que j'ai touchées ou que j'ai examinées au spéculum, j'ai reconnu que la forme du col utérin dont je m'occupe rendait les femmes stériles 19 fois sur 20, et j'ai toujours appris en les interrogeant que celles qui avaient été assez heureuses pour devenir enceintes n'avaient fait ordinairement qu'un enfant et très rarement deux... »

Quelques années plus tard, Nustler en 1851 et Roubaud en 1855 insistent également sur la notion de conicité du col.

Le Dr Barnes, en 1865, présente à la Société obstétricale de Londres un mémoire dans lequel il discute l'influence morbide du col conique et fait remarquer son association fréquente à la sténose de l'orifice externe.

Sims, en 1866, insiste encore davantage sur cette forme particulière du col et donne une statistique probante. « La forme infra-vaginale du col normal, dit-il, est arrondie, tronquée et élastique au toucher ; dans l'état de stérilité, elle est très fréquemment de forme conique, droite ou fléchie et si l'induration se joint à la conicité, il s'y joint aussi presque invariablement une coarctation de l'orifice... »

Sur 218 femmes stériles, 175 sont atteintes de conicité du col avec sténose de l'orifice externe, ce qui donne une proportion de 85 p. 100 des cas. En même temps, il

constate qu'il existe dans 144 cas sur 175 cols coniques, de la sclérose concomitante.

C'est d'ailleurs ce que Schroeder a mentionné après lui en écrivant que le col conique était souvent d'une dureté cartilagineuse. Courty, Siredey et Danlos donnent également une grande place à la conicité du col.

Pajot, en 1882, insiste sur le fait que « chez les femmes dont l'orifice externe est très étroit, il n'est pas rare de trouver le col d'une conicité exceptionnelle. Ce sont des cols donnant la sensation d'être un peu plus longs que les autres, très pointus et qui ont reçu le nom de cols en toupie.

Depuis, Rohring, Gaillard Thomas, Kisch, Aug. Martin, Jones, Doleris en 1888 enseignent que la conicité du col et de la sténose de l'orifice externe sont très fréquentes, associées à l'antéflexion et à l'endo-cervicite. Lefèvre présente dans sa thèse 66 observations de femmes stériles où la conicité du col existe dans tous les cas.

Enfin, dans la thèse de Chabry, en 1898, inspirée par M. le professeur Pozzi, on retrouve la même notion de conicité du col jointe à un état particulier de l'utérus : c'est l'utérus infantile ou peu développé. Chabry ajoute l'opinion de Sims et de Pajot sur la production du col conique :

« On doit incriminer, dit-il, le défaut de développement complet de l'utérus tout entier qui reste à l'état infantile et ne suit pas à la puberté le développement normal. Le col conique ne se tronque pas à cause de la faiblesse et du manque de fibres musculaires longitudi-

nales qui attirant la muqueuse excentriquement, produisent une sorte d'aplatissement du museau de tanche

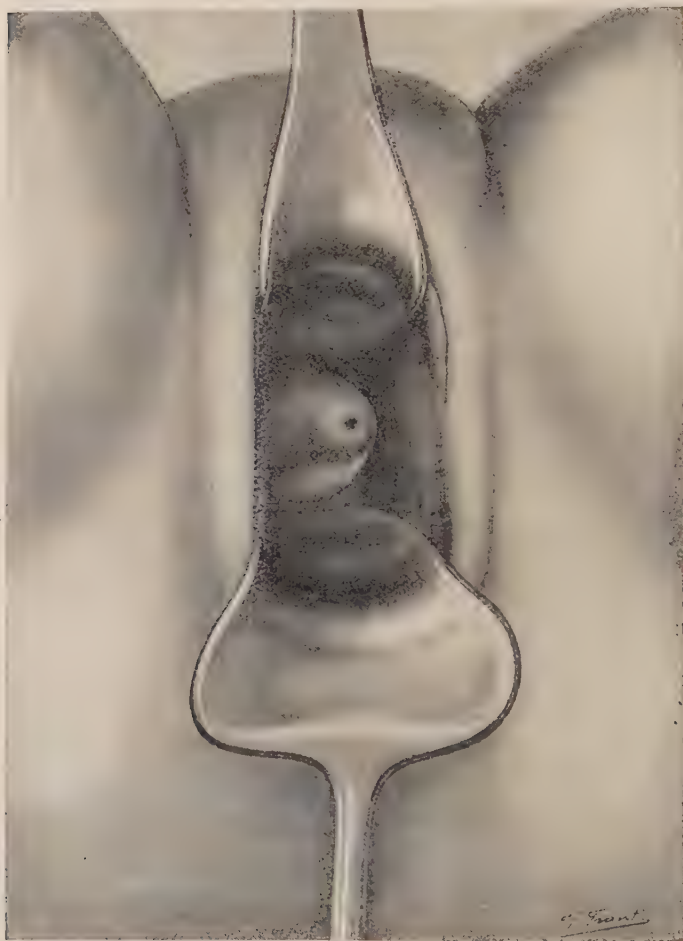


Fig. 1. — Col conique à orifice en trou d'aiguille.

tout en produisant une cupule autour de l'orifice qui lui-même est agrandi par ce fait. »

Cette notion d'un vice de développement consistant dans la forme conique du col, l'étroitesse de son orifice et une exagération de l'antécourbure normale a été exposée par M. Pozzi dans sa communication du 9 novembre 1909 à l'Académie de médecine. « Cette condition particulière, dit-il, se rencontre parfois chez des femmes de constitution débile, avec d'autres indices de dégénérescence, et peut s'accompagner d'une petitesse anormale de l'utérus; mais on l'observe le plus souvent chez des femmes très bien développées, et elle constitue alors une malformation tout à fait locale sans aucune atrophie de l'organe. Il y a là un *type* infantile plutôt qu'un *état* infantile ou qu'un *arrêt de développement* (fig. 1) ».

Quant à la sténose, elle peut porter sur les deux orifices du col utérin, sur le canal tout entier ou bien sur l'un des deux orifices, externe ou interne. Nous admettons avec Nigoul qu'il y a sténose chaque fois que l'orifice externe n'atteint pas de 2 à 4 millimètres.

L'orifice étroit donne au col les aspects les plus divers et que nous ne ferons que signaler : col en éteignoir, col en toupie, col en trompe d'éléphant, col tapiroïde, en groin de cochon, en boutoir.

On avait tout d'abord avec Sims placé le principal obstacle à l'introduction des spermatozoïdes au niveau de l'orifice interne; c'est ce qui explique le grand nombre de discussions faites à cette époque; puis Barnes à Londres, et Olshausen en Allemagne enseignèrent que le rétrécissement affectait le plus souvent le segment inférieur du cervix et l'orifice externe. En 1883, M. Playfair déclarait à la Société obstétricale de Londres qu'il

ne croyait guère à la sténose de l'orifice interne comme cause de la stérilité, et en France M. Pajot enseignait que : « jamais le retrécissement de l'orifice interne du col n'a été un obstacle à la fécondation. Son obturation entraînerait forcément la stérilité, mais alors que deviendraient les règles ? Comment admettre que l'orifice interne du col empêche la fécondation s'il permet au sang de s'écouler, quand on songe que les orifices internes des trompes imperceptibles à l'œil nu chez certaines primipares ne gênent point l'ascension des spermatozoaires. L'étroitesse et surtout la forme de l'orifice externe jouent le plus grand rôle dans la question de la stérilité ».

D'autre part, Hégar et Kaltenbach disent : « Les sténoses de l'orifice externe sont de beaucoup les plus fréquentes et coïncident souvent avec la conicité et la rigidité de la portion vaginale. Quand l'orifice interne n'est pas perméable, il existe une flexion de la matrice et il est exceptionnel d'observer une diminution réelle du calibre du canal cervical. »

Pathogénie. — Pour Herr W. Nagell, la cause de la sténose serait due à un développement trop rapide des organes génitaux ou à une ulcération après la naissance. Dans le premier cas, il y aurait frottement d'un des canaux de Müller contre l'autre, d'où petite plaie qui se cicatrisant obturerait une partie de la fente formée par la réunion des deux conduits.

Dans le second cas, l'ulcération se produit après la naissance par le contact des deux lèvres du col et la réparation donne lieu à la sténose.

Alors que pour Chabry, et pour nous, la sténose cervicale est le plus souvent congénitale, d'autres la considèrent comme moins fréquente que la sténose acquise.

Hugès et Boivin, les premiers, parlent de l'association de l'état conique du col et de la sténose de l'orifice externe à la suite de l'inflammation. Rohring dit que l'oblitération congénitale est rare, en tous cas beaucoup plus rare que la forme acquise qui se manifeste le plus souvent à l'orifice externe. Grunewaldt incrimine le processus inflammatoire à l'âge de la puberté.

Il existe, il est vrai, une sténose acquise. Elle survient après des interventions chirurgicales sur le col mal faites, ayant déterminé une cicatrice vicieuse et avec elle la sténose du col que l'opérateur avait eu l'intention d'éviter ou de combattre. On la rencontre à la suite d'accouchements laborieux avec application de forceps avant la dilatation complète, à la suite d'une basiotripsie, d'une embryotomie ou de tractions intempestives sur le fœtus amenant la déchirure du col utérin.

Tout traumatisme du col peut amener par une solution de continuité la perte de l'action contractile des fibres musculaires. C'est pourquoi la gangrène, les ulcérations, les cautérisations au chlorure de zinc pur, la syphilis peuvent amener la sténose cervicale. Après un ou plusieurs accouchements, en dehors de tout traitement local, médical ou chirurgical, le col utérin peut se sténoser ou se refermer complètement; sténose et atrophie peuvent survenir dans les mois qui suivent l'accouchement ou n'être observées que très longtemps après, au moment de la ménopause, ou après elle (M. F. Jayle

P. Méd. 9 janvier 1907). Il faut incriminer encore l'atrophie congénitale de l'utérus qui, malgré le développement normal de la femme à la puberté, reste extrêmement petit, et à la ménopause l'atrophie sénile prenant l'utérus tout entier.

Enfin toutes les causes d'inflammations, utérines ou péri-utérines peuvent amener la sténose du col pendant la période d'activité génitale de la femme ; la castration peut la déterminer, les ovaires ayant, semble-t-il, une influence sur l'état histologique de l'utérus.

Cette sténose du canal cervical amène des désordres très variés ; nous aurons en vue ici la stérilité, la dysménorrhée et la métrite cervicale sténosique.

DE LA STÉRILITÉ

La stérilité est un état particulier de la femme qui fait que, malgré un coït absolument normal, elle est incapable de devenir enceinte.

La stérilité par obstacle mécanique est considérée par tous les auteurs comme une des plus fréquentes. Elle fut étudiée tout particulièrement par Pajot, en 1889 :

« Chez les femmes qui ont un orifice extrêmement étroit, dit-il, il n'est pas rare de trouver le col d'une conicité exceptionnelle. Ce col conique pointu a regu le nom de col en toupie. Ce sont des cols un peu plus longs que d'habitude et ayant tout à fait au sommet du cône un orifice plus ou moins étroit, parfois même excessivement étroit. Il y a encore dans ces cols une nuance importante quant à notre sujet, et c'est là le point le moins connu : les cols pointus avec l'orifice petit ont parfois cet orifice comme fait à l'emporte-pièce. Figurez-vous le passage brusque à travers un papier d'un instrument pointu qui va faire simplement une ouverture à circonférence très nette.

« Au contraire, dans d'autres cas, l'orifice est précédé, ou plus clairement, il est au fond d'une petite cupule

qui ressemble à l'empreinte que laisserait une lentille dans la terre glaise ou dans de la cire molle.... Au fond de cette dépression est l'orifice externe de la matrice. Il y a des cols qui présentent cette disposition d'une façon très prononcée.... Je dis qu'il y a là une distinction importante à établir, parce que les cols coniques pointus appartiennent presque toujours (du moins, je n'ai jamais vu le contraire) à des femmes qui restent stériles. Par contre, lorsque l'orifice externe est au fond de cette petite cupule, la fécondation peut avoir lieu.... »

Si la forme conoïde du col, l'étroitesse excessive, en trou d'aiguille de l'orifice externe entraînent presque fatalement la stérilité, et cela se conçoit aisément du fait qu'une goutte de liqueur spermatique même ne peut pénétrer dans la cavité utérine, cet obstacle mécanique n'est toutefois pas le seul. « Parmi les obstacles à la fécondation dans l'espèce humaine disait Pajot, il faut donner le premier rang à l'état catarrhal de l'utérus. Sur 20 ménages qui viendront vous consulter parce qu'ils n'ont pas d'enfants, vous trouverez 10 ou 12 fois la femme atteinte d'une affection catarrhale plus ou moins prononcée et parfois excessive.

Quelque étroite que soit l'ouverture du col, le spermatozoïde peut trouver son passage; mais il existe ce que M. Pozzi a fort justement appelé « l'engouement muqueux de la cavité cervicale. »

Pour apprécier à sa juste valeur le mode d'action de la sténose du col dans la stérilité, il importe de savoir par quel mécanisme les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans l'utérus.

L'orifice externe est la véritable porte de la fécondation et le museau de tanche joue un rôle primordial. C'est qu'en effet, chez la femme vierge, le vagin est également calibré dans toute son étendue, les culs-de-sacs existent à peine et le museau de tanche forme un léger relief. L'orifice externe constitue, entouré qu'il est par l'insertion vaginale supérieure, un débouché naturel sans qu'aucun diverticule puisse égarer la liqueur fécondante.

D'autre part, l'utérus se contracte sous l'influence d'un excitant : la projection sur le col d'un jet d'eau chaude à pression suffisante amène l'expulsion de bouchons muco-purulents. C'est la douche révélatrice du professeur Grynfeldt. Galicien pendant une application de spéculum a observé les phénomènes suivants : « Le col s'entr'ouvrait par l'écartement de ses deux lèvres, en forme d'entonnoir ou mieux en forme de cul de poule : les lèvres, dit-il, s'écartaient ou se rapprochaient plus ou moins suivant que j'enfonçais le spéculum ou le retirais. Du reste, aucune maladie de l'utérus la femme était jeune et avait eu un enfant; elle était à ce moment dans le premier mois d'une nouvelle grossesse. »

Enfin, le col utérin se contracte pendant l'orgasme vénérien, et on prétend qu'à ce moment l'utérus s'abaisse, va à la rencontre du pénis facilitant aux spermatozoïdes dans une certaine mesure l'accès du canal cervical. La sensation voluptueuse n'est ni un obstacle ni une nécessité de la fécondation puisque des femmes froides peuvent être fécondées; toutefois la frigidité sexuelle n'est pas une bonne condition de la fécondité et il semble au

contraire que l'absence de sensations voluptueuses pendant les rapports sexuels est une prédisposition à la stérilité.

On a dit aussi que le gland pénien agissait à la manière d'un coin, écartant les deux lèvres du col et poussant ainsi la liqueur fécondante dans le canal cervical.

De fort nombreuses théories ont voulu expliquer le mode de pénétration des spermatozoïdes. Il y eut avec Henle la théorie spermatique; les spermatozoaires seraient des animaux doués d'instinct de volonté. Puis, avec Liégeois et Coste apparut la théorie de la capillarité. Müller parle de l'influence de l'épithélium à cils vibratiles de la muqueuse dans la progression des spermatozoïdes. L'épithélium ne peut agir puisque les courants qu'il détermine sont dirigés de l'extrémité tubaire vers le vagin, c'est-à-dire en sens inverse de la direction de l'utérus.

Günther invoque le phénomène de l'aspiration et de la succion avec Riolan. Il semble qu'il faille avec Auvard admettre une opinion éclectique et ce sont les mouvements propres des spermatozoïdes qui constituent le principal moyen de leur progression.

Si l'on admet avec Rouget que le col normal entre véritablement en érection, au moment du coït et qu'il chasse dans le vagin le mucus qu'il contient, cette chasse du bouchon muqueux du col ne peut se produire que très difficilement avec un orifice externe sténosé et la théorie de Pozzi sur l'engouement du canal cervical opposant un obstacle infranchissable au mucus vaginal et aux spermatozoïdes paraît exacte et la plus acceptable comme aussi la plus rationnelle.

Schroöder à ce sujet dit que « chez les nullipares à catarrhe cervical très prononcé dont le col élargi est obstrué par des mucosités épaisses et gluantes, il est de toute évidence que la stérilité vient de l'impossibilité dans laquelle se trouvent les spermatozoïdes de pénétrer à travers le bouchon muqueux qui obstrue le canal cervical. »

Ce fait a d'ailleurs été mis en lumière par d'autres auteurs, et Hausmann a presque toujours rencontré des spermatozoïdes dans le mucus cervical quelques heures après le coït quand l'orifice était normal, mais jamais il n'a fait cette constatation quand l'orifice était sténosé et ne dépassant pas 2 millimètres.

La sténose du col joue donc un rôle important dans la pathogénie de la stérilité, d'autant plus qu'elle entraîne souvent de l'endocervicite et que la sécrétion anormale du col et l'excès d'acidité du liquide vaginal ont une action nocive sur les spermatozoïdes et à l'obstacle mécanique s'ajoute l'obstacle chimique. Il faut y joindre les déviations utérines.

Certaines jeunes femmes ont de véritables fringales d'avoir des enfants; à peine mariées, elles s'inquiètent de n'avoir pas un commencement de grossesse et viennent consulter pour savoir si elles sont normalement constituées, pour connaître la cause qui les empêche d'être enceintes. « Très excitables, très ardentes, très désireuses d'avoir une progéniture, dit Pichevin, — parfois pour un motif intéressé — elles ne pèchent souvent que par des excès génésiques qui finissent par les épuiser. »

Parmi elles, s'il en est qui voient leur vœu exaucé du fait seul de la réglementation des rapports sexuels, d'autres ayant une sténose du col restent stériles; à elles convient la stomatoplastie par évidemment commissural de Pozzi d'autant que souvent à la stérilité s'ajoute de la dysménorrhée, compagne ordinaire mais non fatale de la sténose et de la métrite cervicale.

DE LA DYSMÉNORRHÉE

Pendant toute la durée de sa vie sexuelle, la femme perd à intervalles réguliers du sang par la muqueuse utérine. C'est un phénomène connu sous le nom de menstruation. « Ce n'est pas, dit Schröder, un processus physiologique d'une grande importance, mais c'est la manifestation la plus évidente du processus qui se passe périodiquement dans les organes génitaux de la femme, c'est-à-dire de l'ovulation ».

Chez la plupart des femmes, ce processus physiologique augmente la nervosité et la sensibilité. Quelques heures déjà avant l'écoulement du sang et pendant toute la durée des règles, on remarque chez la femme un changement d'humeur et une certaine irritation du caractère. Elle éprouve une sensation de malaise général et de plénitude dans le bas-ventre. En un mot, elle est « indisposée » comme elle le dit elle-même.

Parfois ces symptômes atteignent un tel degré d'intensité que la femme est véritablement malade; la menstruation accompagnée de symptômes douloureux est connue sous le nom de dysménorrhée.

Scanzoni la définit ainsi : « Quand, dit-il, l'apparition

du sang et souvent aussi le flux du sang lui-même sont accompagnés de douleurs plus ou moins grandes, on désigne cette anomalie sous le nom de dysménorrhée. »

Nous aurons seulement en vue ici la dysménorrhée par obstacle mécanique.

La douleur commence au moment même de l'irruption du sang ou même avec la congestion du système utéro-ovarien.

Le visage exprime la souffrance et l'abattement; la malade éprouve dans le bas-ventre de fortes douleurs se présentant d'une manière tantôt intermittente, tantôt spasmodique, tantôt continue, ne lui laissant aucun répit. Elles irradient dans des directions diverses, vers la région lombaire et tout le long des cuisses suivant ordinairement le trajet des nerfs grand et petit abdominaux génitaux, le nerf sciatique le crural, l'obturateur et le fémoro-cutané. Ces douleurs sont parfois si intenses qu'elles peuvent dans certains cas acquérir une acuité égale à celle des douleurs expultrices de l'enfantement. On voit alors la malade en proie aux souffrances les plus vives pousser des cris, se rouler à terre, se plier en deux et parfois tomber en syncope ou en convulsion. « Tantôt, dit Siredey, à ces douleurs tormenteuses s'ajoute la sensation d'un besoin illusoire d'expulsion qui force les malades à se présenter sans cesse à la garde-robe. D'autres fois, les femmes sont obligées de garder le lit où elles prennent les positions les plus singulières; tantôt couchées sur le dos, elles sont immobilisées par la souffrance, ou bien elles se

tournent en tous sens et ne peuvent garder un instant de repos. »

Alors que Bernutz citant 19 cas de sténose du col sans dysménorrhée dit : « tant que l'étroitesse de l'orifice cervico-vaginal n'est pas portée à un point extrême, que je n'ai jamais rencontré, elle n'entrave pas à elle seule l'excrétion menstruelle », alors que Duncan, Scanzoni et Schultze, Vedeler nient la théorie de la dysménorrhée mécanique ou en sont les adversaires, d'autres tels que Makinstosch d'Edimbourg, Gusserow, Thomas, Lawson Tait, Barnes, en sont les défenseurs.

En 1887, Thomas Moor Madden affirme au Congrès de Washington que le rétrécissement du canal cervical est la cause la plus fréquente de la dysménorrhée et qu'une opération peut seule la guérir.

Pozzi dit que les dysménorrhées mécaniques sont les plus fréquentes. Sims, dans une statistique, montre que sur 100 cas de menstruation douloureuse, l'orifice du col était normal 6 fois seulement, exagérément étroit 90 fois et 4 fois anormal. Sur 29 cas de menstruation excessivement douloureuse, l'orifice ne se présentait pas une seule fois à l'état normal; 26 fois il était trop étroit et 5 fois irrégulier ou difforme. Il donne donc une grande part à la sténose du canal cervical dans l'étiologie de la dysménorrhée.

Est-ce à dire que la sténose s'accompagne toujours de dysménorrhée en même temps que de stérilité. Il nous suffira de citer l'opinion de Pajot : « Dans la dysménorrhée commune, dit-il, sans rejeter tout à fait la part qui revient au rétrécissement, il y a autre chose, avec un

orifice rétréci, la dysménorrhée peut manquer », et il cite quelques observations : un cas de menstruation absolument régulière : sang rouge, jamais de douleur, et la femme avait un orifice externe de l'utérus invisible à l'œil nu ; un deuxième cas où l'orifice était presque invisible ; un troisième cas de malade bien réglée sans douleurs avec un orifice externe de 1 millimètre à peine.

On peut conclure que, sans accompagner fatalement la sténose cervicale, la dysménorrhée en dérive souvent. A la sténose, il faut ajouter la présence d'un polype ou d'une tumeur fibreuse dans les parois utérines, mais ce sont là des causes beaucoup moins fréquentes.

Si Petit rappelle que chez les jeunes veuves on voit souvent après un nouveau mariage, disparaître entièrement les crises de dysménorrhée ; si le mariage a une heureuse influence sur la dysménorrhée des jeunes filles, c'est que les excitations sexuelles augmentent la vitalité des organes générateurs et que chez les secondes, en plus, le développement de l'utérus s'achève mais chez elles la dysménorrhée mécanique n'existe pas ; elle ne peut céder qu'à une intervention opératoire ouvrant largement le col utérin et permettant le drainage facile de l'utérus.

DE LA MÉTRITE CERVICALE

La métrite cervicale constitue une entité clinique et a une indépendance réelle. Elle emprunte une importance considérable à ce fait que sa persistance finit par compromettre la nutrition de l'appareil génital tout entier et qu'elle est un des facteurs principaux de la stérilité.

Dans un col normal, le mucus transsude d'une façon insensible et reste d'une transparence parfaite: sa viscosité est faible. Son alcalinité tendant à neutraliser l'acidité des sécrétions vaginales favorise la conservation et la progression des spermatozoïdes.

Lorsque le col est enflammé, la sécrétion change; à un premier degré, dans le catarrhe, la modification porte surtout sur la quantité et la consistance du mucus sécrété; il y a hypersécrétion et celle-ci se révèle à l'extérieur par la glaire.

La malade a de la leucorrhée; de transparente et ressemblant à du verre fondu, elle devient louche, purulente et de couleur jaune verdâtre.

La métrite cervicale se rencontre exclusivement chez les nullipares et le trait principal y est constitué par l'étroitesse réelle ou relative de l'orifice externe qui met

obstacle au libre drainage de sa cavité, pour peu que la sécrétion y soit anormalement abondante. Dans cette cavité dilatée en forme de *barillet* s'accumule du mucus qu'on peut mettre nettement en évidence par la pression des parois du col. Par l'orifice externe *en trou d'aiguille* que toutes les formes du col congénitalement étroit peuvent présenter, et principalement le col conique, on voit sourdre une quantité parfois très considérable de liquide visqueux, transparent ou hyalin qui traduit l'engouement muqueux du col si important dans la pathogénie de la stérilité.

Dans cette *métrite cervicale sténosique* comme l'a appelée le Professeur Pozzi, les signes qui dominent la scène sont la leucorrhée et la dysménorrhée. Même à la période chronique, la leucorrhée est très abondante et se produit par intermittences lorsque le col distendu par le mucus vide le trop-plein.

L'infection la plus ordinairement constatée est l'infection gonocoçcique et au début le mucus peut être franchement purulent. Il est des cas où cette infection ne peut être mise en cause, et lorsque l'infection est tout à fait atténuée, il faudrait incriminer les saprophytes du vagin.

« Dans les cas invétérés, dit Pozzi, j'ai observé des végétations polypeuses soit isolées, soit multiples, garnissant la cavité du col et ajoutant un obstacle mécanique à celui de la sécrétion visqueuse. »

L'endo-métrite cervicale peut se propager au corps de l'utérus et donner lieu à un état pathologique se traduisant par tous les signes de la métrite parenchymateuse avec utérus gros, large, épaissi dans l'ensemble de ses

parois, une muqueuse fongueuse ramollie et saignant avec la plus grande facilité; à tout moment, il y a menace de salpingite et la menstruation survient douloureuse.

Dans presque tous les cas, à l'atrésie de l'orifice externe du col utérin se joint l'antéflexion, et c'est contre ces deux obstacles que doivent porter les efforts du chirurgien, le premier étant de beaucoup le plus important dans la production des accidents.

En somme, quelle que soit l'affection que nous ayons en vue, soit stérilité, soit dysménorrhée ou métrite cervicale sténosique, nous nous trouvons en présence de conditions anatomiques et physiologiques qui ne varient pas, à savoir : l'étroitesse de l'orifice externe du col, la coudure du canal qui efface son calibre et la difficulté du drainage des sécrétions de l'utérus. Ce sont là des indications opératoires très nettes. A celles-là s'ajoute la prévision d'accidents au moment de l'accouchement : déchirures du col, rupture utérine, lenteur du travail pouvant nécessiter des interventions graves chez les femmes à col sténosé et devenues enceintes.

Il faudra donc rétablir un orifice normal et en second lieu rectifier l'antéflexion.

TRAITEMENT DE LA STÉNOSE DU COL.

« Les efforts du chirurgien doivent avoir pour but de favoriser la fécondation, dit M. le Professeur Pozzi, en donnant au col la forme la plus apte à la production de ce phénomène. »

A ce propos, un gynécologue russe a traduit la même idée ainsi : « Le col est à la stérilité ce que le nez est à la beauté : pas de beau visage sans nez bien fait ; pas de conception sans col normal. » Tout le traitement réside dans la dilatation du canal et le maintien permanent de cette dilatation.

L'accouchement, non pas tant par suite de la dilatation forcée et excessive subie alors par le col que par le changement de structure que la gravidité a imprimé à la matrice tout entière, donne ce résultat et guérit la sténose d'origine congénitale, mais comme le dit Sims, si pour guérir, la femme doit avoir un enfant, donnez-lui au moins le moyen d'en avoir.

Nous empruntons à M. le professeur Pozzi tout ce qui suit, extrait de sa communication à l'Académie de Médecine du 9 novembre 1909 et nous le prions d'accepter nos remerciements pour les clichés qu'il a

bien voulu nous communiquer pour illustrer notre thèse.

« On sait combien est grand le nombre d'opérations pratiquées contre l'étroitesse du col et l'antéflexion : dilatation avec la laminaire ou avec des bougies graduées; incision de l'orifice externe avec des ciseaux ou avec des métrotomes (Simpson) ; discision des orifices utérins, interne et externe (Marion Sims) ; électrolyse ; amputation du col, etc... Parmi ces procédés, quelques-uns après avoir joui d'une vogue considérable, sont tombés en discrédit : tels sont les débridements portant, soit sur les commissures du col, soit sur sa cavité. En effet, il sont à la fois infidèles et dangereux. Se borner à inciser un orifice étroit n'assure pas définitivement sa béance; la cicatrisation angulaire peut rétablir plus ou moins rapidement la sténose primitive; de plus, on risque ainsi d'amener la production d'un tissu cicatriciel inodulaire qui donne au col de la rigidité pathologique et peut devenir la cause d'accidents de dystocie au moment de l'accouchement. Enfin, malgré toutes les précautions antiseptiques, on a vu souvent des débridements du col être le point de départ d'un certain degré d'infection périmétritique ou périsalpingienne, sans doute par la voie lymphatique. J'ai, pour ma part, été souvent consulté par des femmes qui avaient subi cette opération si simple en apparence, et qui, à la suite, avaient été infectées et étaient devenues définitivement stériles par suite d'une périmétrite provoquée par l'intervention opératoire.

L'intervention qui est encore le plus généralement pratiquée dans les cas d'étroitesse du col est la

dilatation lente avec laminaire, ou immédiate progressive avec des bougies graduées.

Je l'ai moi-même employée pendant longtemps, à l'exclusion de toute autre. Si j'y ai renoncé, pour guérir l'étroitesse de l'orifice, c'est que je me suis convaincu que son effet était absolument éphémère. Au bout de quelques jours, on voit la dilatation obtenue disparaître complètement et l'on serait obligé de la recommencer presque chaque mois pour avoir un effet durable. L'amélioration de la dysménorrhée consécutive à la dilatation ne peut donc jamais être de longue durée; quant à la stérilité, elle ne saurait non plus compter sur un moyen aussi infidèle pour la guérir. (J'ai toutefois conservé la dilatation progressive comme un complément utile dans certains cas déterminés, mais après la réflexion opératoire de l'orifice.)

J'ai ainsi été amené à une opération ayant un effet permanent et mettant à l'abri de toute cause d'infection : c'est celle que j'ai décrite sommairement, il y a plusieurs années déjà (1903) et que j'ai appelée *stomatoplastie par évidemment commissural*. Depuis que j'ai commencé à la pratiquer, j'ai obtenu des succès si encourageants que je crois le moment venu de présenter à mes collègues sa description succincte.

Technique opératoire.

a) Dilatation préliminaire et curettage. — Le col de l'utérus mis à nu à l'aide de valves est saisi avec une pince tire-balle et l'on pratique de chaque côté du col un débridement d'environ 1 à 2 centimètres, suivant sa

longueur. Il est important de pratiquer cette section avant de commencer la dilatation sans quoi on s'expo-

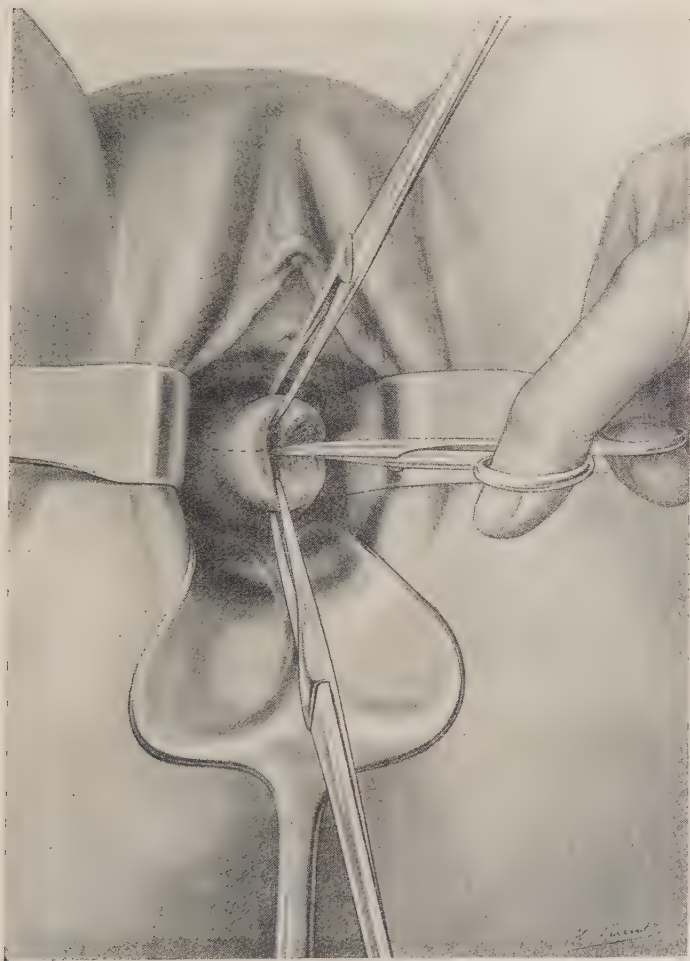


Fig. 2. — Incision bilatérale d'un col conique.

serait à voir éclater l'orifice externe trop étroit. (fig. 2).

Le col étant ainsi séparé en deux lèvres superposées,

on saisit chacune d'elles avec une pince tire-balle et l'on procède à la dilatation avec les bougies de Hégar, après s'être assuré avec l'hystéromètre de la direction exacte de la cavité utérine. On passe les bougies avec précaution en exerçant une certaine traction sur les lèvres postérieures, afin de diminuer l'antéflexion. J'ai l'habitude d'aller jusqu'aux numéros 30 ou 32. Ensuite je pratique le curettage ; il n'a parfois qu'une valeur exploratrice, mais souvent on trouve la muqueuse ramollie et quelquefois fongueuse par suite de la métrite cervicale ou corporelle qui accompagne la sténose.

b) Stomatoplastie. — Premier temps. — Par suite de l'incision bilatérale, le col a été divisé en deux segments, l'un supérieur, l'autre inférieur ; cela constitue le premier temps de l'opération analogue à celle de Simpson.

Second temps. — Chacune des lèvres du col écartées par les pinces présente en son milieu la muqueuse du canal cervical, et de chaque côté une surface triangulaire saignante formée par la section.

Si on laissait se cicatriser isolément ces surfaces, on aurait tous les inconvénients de l'opération de Simpson, que j'ai précédemment indiqués. Pour les éviter, il suffit de réunir la muqueuse de l'intérieur du col avec la muqueuse de sa surface, de manière à recouvrir complètement les quatre petites plaies formées par l'action des ciseaux. Afin d'y parvenir, il est nécessaire d'éviter successivement chacune de ces plaies en y taillant un petit prisme de tissu qui en diminue l'épaisseur (fig. 3).

Troisième temps. — Maintenant, il faut réunir la

muqueuse de la surface interne à celle de la surface externe au niveau des quatre petites plaies, d'une manière

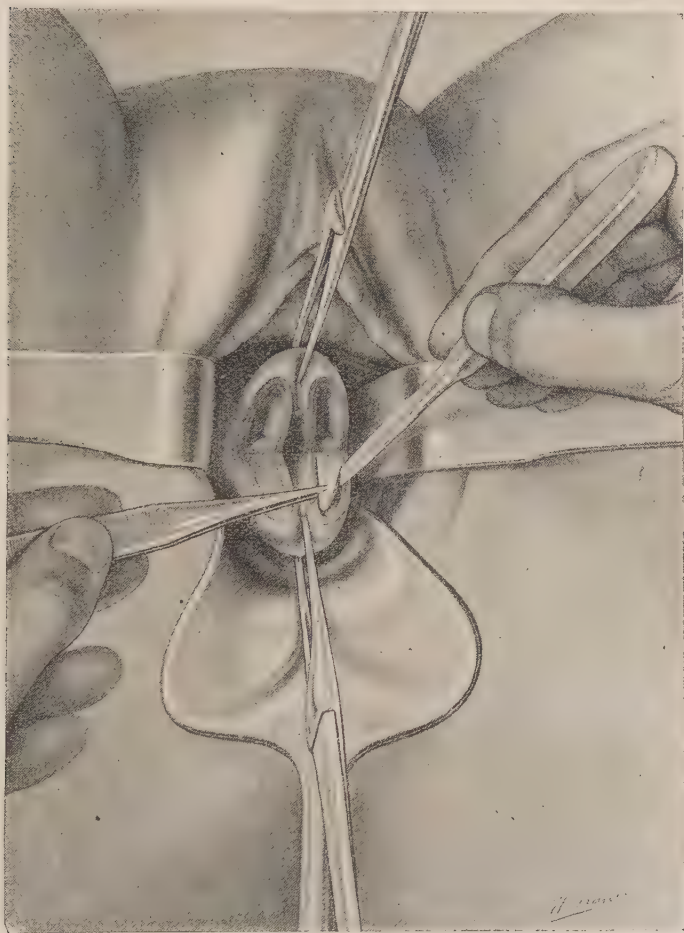


Fig. 3. — Evidement des surfaces de section.

très exacte, de façon à assurer la cicatrisation par première intention. Je me sers, pour cela, de fil d'argent, que je

trouve préférable au catgut à cause de sa finesse, qui n'exclut pas sa ténacité (le catgut fin se dissout trop vite et le catgut plus gros fait des orifices trop grands et est sujet à s'infecter). J'emploie des aiguilles de Hagedorn petites et courbes.

Il est important de passer d'abord un premier fil au niveau de l'angle de section qui constituera la commissure nouvelle du col avec une aiguille un peu plus grande et un fil d'argent un peu plus gros; ce premier fil commissural a pour effet de donner d'emblée un certain degré d'hémostase et de faciliter le passage des autres fils en rapprochant l'une de l'autre les lèvres des quatre petites plaies. Chacune d'elles est ensuite réunie avec deux fils plus fins; tous ces fils sont métalliques. Sur chacun d'eux, à environ 3 centimètres de la suture, j'écrase un tube de Galli ou un grain de plomb perforé et je coupe tout ce qui le dépasse. Ce plombage a pour but d'émousser la pointe des fils d'argent et de les rendre plus facilement préhensibles au moment de leur ablation.

On a généralement besoin seulement de 10 points de suture, en tout, mais on peut en ajouter s'il est nécessaire. Je les retire au bout de douze à treize jours (fig. 4 et fig. 5.)

Immédiatement et pendant quelque temps encore après l'opération, le col présente un aspect particulier que je compare à celui d'un bec de canard; les deux lèvres supérieure et inférieure paraissent trop grandes, mais très rapidement il se produit, dans ce col qui a été évidé, une sorte de rétraction qui diminue la saillie de chacune des lèvres du col, et au bout des deux ou

trois mois après, l'aspect est transformé : l'orifice nouveau est semblable à celui d'une femme qui aurait eu

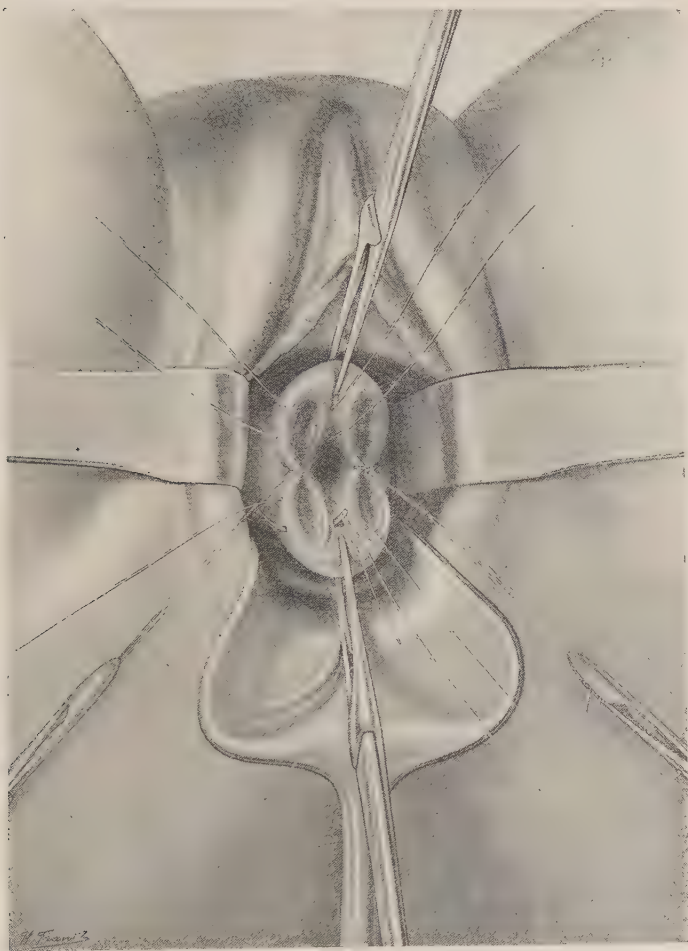


Fig. 4. — Placement des fils de suture ; le fils commissuraux sont tordus.
un enfant sans déchirure du col.

Dans les cas où il existe de la métrite cervicale sté-

nosique, elle guérit très rapidement, grâce au libre drainage du mucus et aux injections antiseptiques,

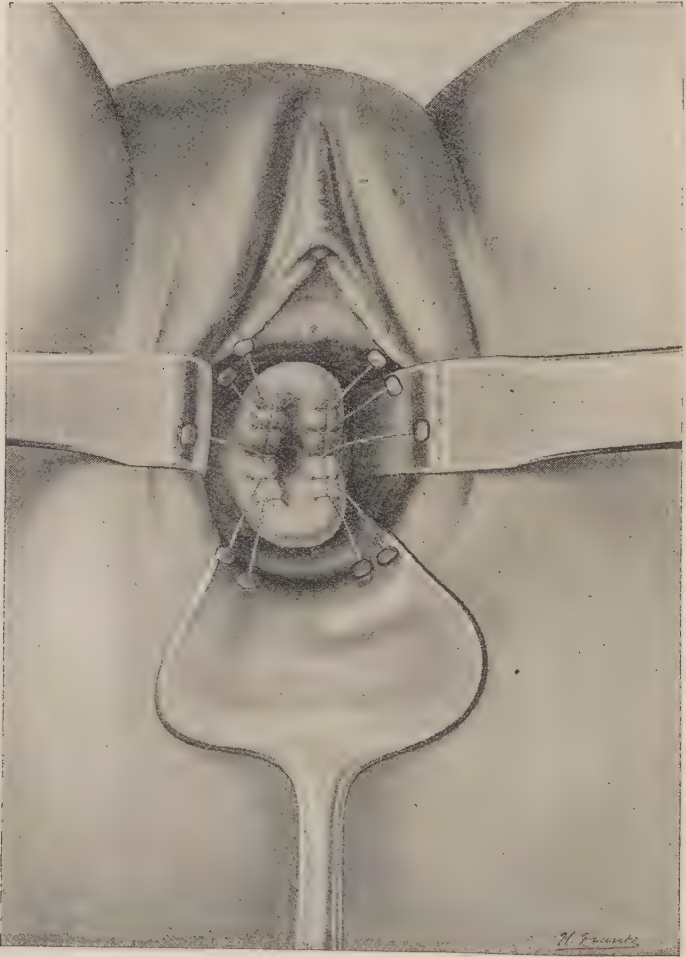


Fig. 5. — Opération terminée. Tous les fils ont été serrés par la torsion et plombés.

tandis que sans l'opération elle constitue une affection d es plus rebelles...

RÉSULTATS DE LA STOMATOPLASTIE PAR ÉVIDEMENT COMMISSURAL DU COL.

L'opération telle qu'elle a été décrite par M. le Professeur Pozzi, est une opération éminemment conservatrice. S'il y a une véritable résection du col par diminution de son épaisseur, il n'en est pas moins vrai que l'opération conserve au col utérin ses propriétés, ses éléments essentiels et qu'elle ne nuit en rien à son fonctionnement normal. La muqueuse interne du col et la muqueuse externe sont complètement respectées. La cicatrisation se fait par première intention, toute condition d'asepsie d'ailleurs observée avec sévérité et l'on n'a pas à craindre les rétractions vicieuses qu'entraîne fatalement toute excision de muqueuse, ni la sténose secondaire du col, cette fois acquise, que l'opérateur cherche à vaincre.

Le principe est de dilater l'orifice externe, le canal cervical, et de maintenir permanente la dilatation.

Ces trois conditions sont admirablement remplies par l'opération de Pozzi qui permet en plus de satisfaire à un vieux principe de chirurgie bien connu, en vertu duquel toute collection de pus ou de muco-pus doit être drainée

et un bon écoulement de celui-ci assuré, qu'il s'agisse d'une suppuration de parties molles, de cavités articulaires, d'os ou de viscères, de l'utérus. La stomatoplastie assure le drainage facile de la cavité utérine et fait disparaître le bouchon muqueux dont l'importance est si grande dans la pathogénie de la stérilité.

Tous les accoucheurs redoutent de toucher au col utérin d'accord avec plusieurs chirurgiens, et M. le Professeur Pinard, le 8 juillet 1906, s'élève contre les opérations sanglantes pratiquées sur le col : « même l'évidement commissural du col, opération si ingénieusement conçue par Pozzi, dit-il, me paraît d'une application rare. Assurément dans les cas d'étroitesse de l'orifice interne et d'atrésie du col, l'opération de Pozzi donne de beaux résultats. Mais elle ne peut faire disparaître l'angle de flexion pas plus que la sténose de l'orifice interne. De plus comme toutes les opérations sanglantes pratiquées sur le col, en faisant fatalement naître un tissu cicatriciel, elle crée pour l'avenir en cas de grossesse, une cause de dystocie plus ou moins dangereuse. »

Cependant la stomatoplastie agit sur la sténose et sur la flexion par la section du col en deux segments qui se redressent d'eux-mêmes d'emblée et surtout progressivement. De plus, l'opérateur a toute facilité pour explorer la cavité cervicale, extraire les polypes cervicaux qu'on peut y rencontrer dans certains cas et dilater l'orifice interne s'il y a lieu.

Avantages considérables sur la dilatation simple comme le veut M. Baudron, dilatation qui demande des séances répétées pouvant durer une année et qui peut

provoquer des avortements si la femme est devenue enceinte dans l'intervalle de deux séances, à moins d'exiger la suspension des rapports conjugaux pendant toute la durée de la dilatation, ce qui semble un peu douteux.

La stomatoplastie, par contre, permet à la femme de reprendre ses rapports conjugaux au bout de deux mois.

Il n'est pas inutile de répéter les paroles de Bouilly et de Richelot à propos de l'opération de Schröder et qui peuvent s'appliquer au procédé de Pozzi.

Bouilly, en effet, dit : « La bonne exécution des manœuvres opératoires et la réunion par première intention représentent les conditions indispensables pour obtenir les bons résultats immédiats et éloignés. »

Richelot d'autre part disait : « On ne saurait mettre sur le compte des opérations anaplastiques bien comprises les accidents imputables à un opérateur maladroit..... »

Quelles que soient les objections formulées contre l'opération de Pozzi, « opération longue et délicate qui laisse un canal cervical, dilaté sans doute, mais entre deux valves béantes, qui n'a plus figure humaine », (Guillaume Livet), éversion de la muqueuse, cicatrisation vicieuse, dystocie possible et tous ses accidents : rupture utérine, déchirure du col, basiotripsie, avortement enfin, nous verrons que cette opération donne des résultats vraiment remarquables et qu'elle constitue un des procédés de choix, sinon le meilleur, du traitement de la dysménorrhée et de la stérilité comme de la métrite cervicale sténosique qui l'accompagne souvent.

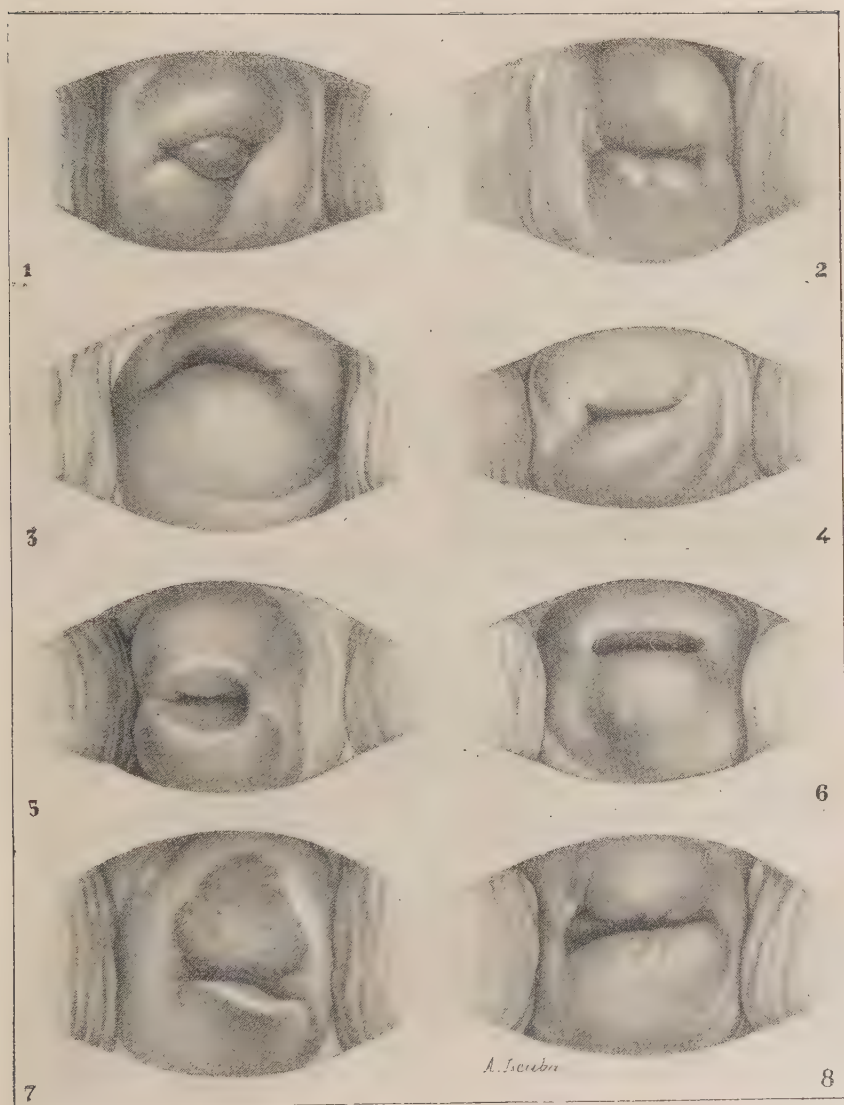
Grâce à l'extrême amabilité de M. le professeur agrégé R. Proust nous avons pu présenter dans notre thèse à l'appui de nos observations, les dessins de cols utérins de 16 femmes opérées de stomatoplastie. La première opération remonte au 20 octobre 1903 (Obs. 41), la dernière au 21 février 1902 (Obs. 65).

Ces cols se présentent ovalaires, arrondis, presque tous fendus transversalement sur une largeur de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres. Ils ont conservé leur souplesse et un seul (Obs. 50) présente un petit kyste.

Sous l'influence d'une légère excitation, nous avons pu remarquer que 6 de ces cols s'ouvraient largement et baillaient en quelque sorte, chose très intéressante qui d'une part permet une pénétration facile de la liqueur fécondante après l'expulsion du bouchon muqueux s'il existe encore; d'autre part permet d'affirmer que le col a gardé toute sa musculature et ses propriétés physiologiques.

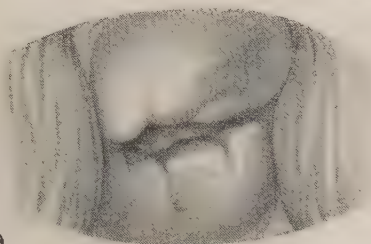
Quelques-uns de ces cols ainsi ouverts présentent une ébauche de la forme en bec de canard qu'ils avaient aussitôt après l'opération.

L'éversion de la muqueuse est peu fréquente; elle n'existe pour ainsi dire pas; ce que l'on peut voir de muqueuse est dû à la position du spéculum. Suivant qu'il appuie plus ou moins sur les culs-de-sacs vaginaux, le col s'ouvre ou non et laisse voir la muqueuse intra-cervicale. Et d'ailleurs dans le cas où elle est nettement éversée, la femme suit un traitement régulier à la consultation de l'hôpital Broca. L'infection n'est pas à craindre d'autant que la muqueuse est facilement atteinte

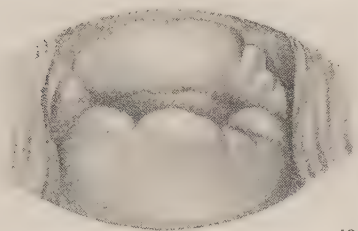


1. — Obs. 41. Op. le 20 octobre 1903.
 3. — Obs. 46. Op. le 31 décembre 1907.
 5. — Obs. 49. Op. le 11 juillet 1908.
 7. — Obs. 57. Op. le 10 juin 1901.

2. — Obs. 43. Op. le 29 février 1904.
 4. — Obs. 48. Op. le 17 août 1908.
 6. — Obs. 50. Op. le 13 mars 1909.
 8. — Obs. 21. Op. le 5 novembre 1910.



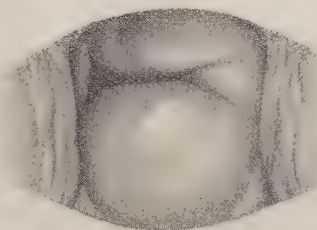
9



10



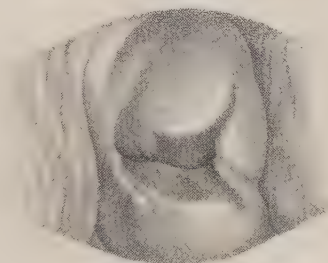
11



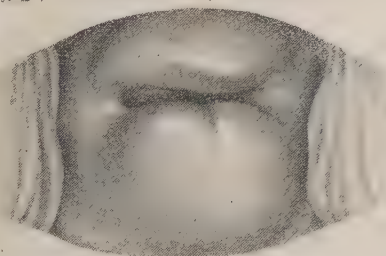
12



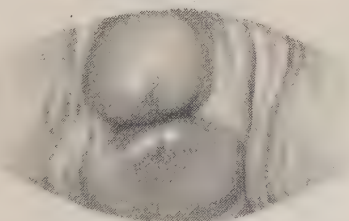
13



14



15



16

A. Leuba

9. — OBS. 20. Op. le 26 novembre 1910.
 11. — OBS. 56. Op. le 7 novembre 1911.
 13. — OBS. 61. Op. le 23 mai 1911.
 15. — OBS. 64. Op. le 25 janvier 1912.

10. — OBS. 55. Op. le 21 juin 1910.
 12. — OBS. 58. Op. le 9 mars 1911.
 14. — OBS. 62. Op. le 12 septembre 1911.
 16. — OBS. 65. Op. le 21 février 1912.

par les pansements, que le mucus se draine librement et que les injections antiseptiques viennent très vite à bout des sécrétions pathologiques.

Ceci nous amène à insister sur le fait que le rôle du chirurgien ne doit pas se borner à l'opération et que les soins consécutifs prennent une importance capitale. La dilatation progressive, comme le dit Pozzi, est un complément utile dans certains cas déterminés. Ce sont des femmes qu'il faut revoir souvent, qui présentent souvent des sécrétions utérines pathologiques qu'il faut tarir rapidement si l'on veut les voir guérir et si l'on veut faciliter l'imprégnation. Les pansements vaginaux, les injections antiseptiques sont là tout indiqués; en facilitant la phagocytose, ils amènent très vite la guérison.

L'opération de Pozzi remédie donc à la malformation du col; le mari qui, suivant le mot de Pajot « dépassait toujours le but sans l'atteindre errant dans les culs-de-sacs dont le trauma exagérât la difformité, peut dorénavant toucher l'orifice cervical. » Il en résulte très souvent la guérison de la stérilité.

De plus, il est important de signaler le fait que l'opération peut avoir une influence des plus heureuses sur le développement d'utérus incomplètement développés. En outre du redressement de l'utérus corrigeant la flexion exagérée au niveau de l'isthme, on note l'augmentation de la cavité utérine (Obs. 3, 35, 114), ce qui permet à la femme de devenir enceinte.

Les accoucheurs en face de toute opération sur le col redoutent pour l'accouchement futur la formation

de tissu inodulaire ou de cheville cicatricielle à laquelle Emmet attribue un rôle pathologique essentiel.

A vrai dire, dans l'opération de Pozzi, nous n'avons jamais noté de dystocie par rigidité du col. Lorsque l'incision ne remonte pas trop haut, ne pouvant atteindre l'orifice interne et l'exciter, constituant une épine sensible, amorce de fausses couches pour l'avenir, lorsque l'affrontement des lambeaux est parfait, la dystocie n'est pas à craindre.

Il faut convenir d'ailleurs qu'il s'agit le plus souvent de primipares qui, mariées depuis longtemps déjà, ont un âge avancé; ce sont des *tardipares* chez lesquelles le travail est toujours assez lent. La grossesse est survenue après l'opération dans des cas inespérés, après 4, 5, 10 et même 15 ans de mariage. Toutefois dans toutes nos observations, sur 33 accouchements, la durée du travail n'a jamais dépassé 24 heures; chez certaines même, la période de travail a été brève. Les enfants mis au monde ont pesé jusqu'à 3.250 grammes.

Pas de forceps, pas de rupture utérine, pas de basiotripsie. La présence de 5 fils, non retirés après l'opération, dans le col utérin n'a pas été une cause de dystocie (Obs. 19). Le travail a duré 9 heures et demie et s'est terminé normalement par l'expulsion d'un enfant de 3.250 grammes.

L'opération facilite-t-elle la production des fausses couches, amène-t-elle la rupture prématurée des membranes et l'expulsion prématurée par là même du produit de conception? Nous croyons pouvoir répondre ainsi : il existe plusieurs catégories de femmes.

Dans une première, nous ferons rentrer celles qui ne veulent pas d'enfants, qui considèrent la maternité comme un accident désagréable et même comme une calamité. Celles-là ne mènent pas leur grossesse à terme.

Dans une seconde catégorie rentrent les femmes aménorrhéiques qui, habituées à être mal réglées, ne pensent pas à une grossesse possible, ne prennent aucune des précautions nécessaires inhérentes à l'état de grossesse et se livrent à des exercices immodérés, à des promenades trop longues (golf, courses en automobile), à des travaux trop durs qui amènent une fatigue exagérée. Celles-là aussi voient l'évolution de leur grossesse s'arrêter.

La troisième catégorie est formée par les femmes qui, après l'opération, ont eu un accouchement normal, à terme et qui au cours d'une seconde grossesse font une fausse couche. Véritablement, l'opération ne peut être incriminée.

Restent celles qui, après l'opération, font une fausse couche suivie d'une seconde grossesse se terminant par un accouchement normal, à terme cette fois.

Si l'on veut incriminer la stomatoplastie, on peut se demander à juste titre pourquoi s'il existe une épine sensible, la seconde grossesse évolue sans incident, l'agent nocif ne disparaissant pas fatalement du fait de la fausse couche première, mais pouvant au contraire augmenter son effet. Là encore d'ailleurs, il faut faire intervenir le facteur fatigue qui joue un grand rôle.

Voici ce que nous avons pu constater. Sur les femmes

qui sont devenues enceintes après la stomatoplastie, il y eut un accouchement prématuré à 7 mois et quatre fausses couches dont une accidentelle nettement. Ces 5 femmes ont ensuite mené à terme une ou plusieurs grossesses. Nous ne croyons pas devoir dans ces cas incriminer l'opération.

Parmi les 3 autres relevées, nous notons une fausse couche de 4 mois et demi chez une femme qui ne désire pas d'enfant; une de 5 mois chez une femme neurasthénique (Obs. 15), ayant à plusieurs reprises tenté de mettre fin à ses jours et dont le col utérin avait conservé 8 fils. Faut-il incriminer le terrain éminemment mauvais sur lequel évoluait la grossesse, nous le croyons, plutôt que la présence de fils ainsi que nous l'a montré l'Observation 19.

Enfin une fausse couche de 2 mois sans cause connue.

Aussi nous croyons devoir conclure que dans un seul cas l'opération pourrait peut-être être incriminée. Et d'ailleurs nous pouvons dire avec Doléris qu'en général « les malades qui avortent dans ces conditions n'auraient même pas conçu si l'opération n'avait été pratiquée. Ensuite on ne voit pas comment une opération sur l'extrémité vaginale du col peut provoquer l'avortement puisqu'il est de notion banale que l'effacement du col ne commence qu'au début du travail; on ne peut incriminer le manque d'étoffe pour le développement du segment inférieur ».

Les résultats sont des plus remarquables en ce qui concerne la stérilité, mais ici nous devons faire une remarque importante. Si les femmes opérées de stoma-

toplastie peuvent concevoir peu de temps après l'opération, dans les 12 mois qui suivent, ceci ne peut être érigé en principe et il faut leur donner le temps d'être imprégnées. Aussi, bien que M. le Professeur Pozzi ait jusqu'ici une statistique de ville portant sur 64 cas, nous n'avons que 54 observations s'arrêtant en mars 1911. Nous nous arrêterons à la même époque. Sur le chiffre total des observations que nous avons recueillies et pu recueillir dans les précédentes thèses, nous déduirons les opérations postérieures à cette date et les observations des femmes ne désirant pas devenir mères. Et sur un total de 170 opérées pour stérilité, nous obtenons 55 résultats, soit sensiblement le tiers. Il faut ajouter encore que ces couples stériles désireux d'avoir des enfants cherchent dans le coït qu'ils pratiquent avec excès un remède à leur malheur, et que souvent au lieu de voir leurs efforts récompensés, ils ne font qu'aggraver l'état de leur situation; aussi il est de toute nécessité de leur indiquer qu'un repos relatif aurait une influence heureuse sur l'état qu'ils déplorent. Il faut savoir aussi l'importance que peut avoir pour la stérilité la fausse route vaginale, toute opération mise à part, car dans ces cas ainsi que le dit Pajot, « comme tous les hommes du monde avouent que, poussés par le désir d'avoir un enfant, ils portent leurs vœux aussi loin que possible avec la pensée de les réaliser plus sûrement, presque tous dépassent le but sans l'atteindre ».

Le cul-de-sac postérieur se laisse dilater et devient le pied-à-terre habituel du mari.

Nous avons une observation très nette (n° 58) à ce

sujet. De simples conseils peuvent remédier à cet état de choses.

La dysménorrhée pour laquelle indépendamment du désir d'avoir des enfants, tant de femmes viennent consulter, est guérie presque toujours puisque nous obtenons un pourcentage de 86 p. 100.

Et cela se conçoit aisément puisque la stomatoplastie par évidemment commissural supprime du même coup l'obstacle siégeant à l'orifice externe par la discision et l'obstacle siégeant au niveau de l'isthme et dû à la coudure du corps utérin sur le col par le redressement de l'utérus. Si dans un cas nous avons observé une dysménorrhée intense chez une opérée qui n'en présentait pas avant l'opération, c'est que cette malade revue avec M. Deverre présente actuellement une rétroflexion des plus nettes. (Obs. 65.)

Ces résultats sont si encourageants que nous sommes autorisés à dire que l'opération de Pozzi constitue un traitement de choix de la dysménorrhée.

Il n'est pas jusqu'à la métrite cervicale qui ne soit sinon complètement guérie, tout au moins considérablement améliorée. Le drainage facile de la cavité cervicale et du corps utérin lui-même, l'extrême facilité avec laquelle on peut combattre la métrite par l'application de pansements adoucissants et par tous les moyens usuels, font que cette opération non dirigée spécialement dans ce but a les plus heureux effets et dans 73, 33 p. 100 des cas la guérison a été observée. Les femmes voient leur état général devenir meilleur, la fatigue disparaître l'engouement muqueux du col n'existant plus, la fécon-

dation future sans être certaine devient plus probable.

La statistique que nous publions à la suite montrera mieux que nous la valeur de l'opération de M. le Professeur Pozzi.

La stomatoplastie est de plus une opération bénigne en elle-même lorsqu'elle est faite avec toutes les conditions d'asepsie désirables et les malades quittent l'hôpital après un séjour qui ne dépasse guère quinze jours.

Elle n'est contre-indiquée que dans les cas où l'utérus est très nettement infantile et non susceptible de développement, enfin toutes les fois qu'il existe des lésions annexielles.

STATISTIQUE

Nous avons relevé à l'hôpital Broca 84 opérations de stomatoplastie; 41 femmes seulement ont pu être retrouvées.

M. le Professeur Pozzi a fait tant en ville qu'à l'hôpital Broca 107 opérations de stomatoplastie par évidemment commissural du col. Pour notre statistique, nous ne devons tabler que sur 80 cas, les 27 autres étant constitués par les opérations faites postérieurement au 11 mars 1911 et par des opérations faites sur des vierges ou des femmes qui ne désirent pas d'enfant.

Sur 80 opérées, 37 sont devenues enceintes, ce qui donne un pourcentage de 46,25 p. 100, presque la moitié.

M. le Professeur Barnsby de Tours a bien voulu nous communiquer sa statistique. Sur 62 opérées de stomatoplastie, il a obtenu 17 résultats positifs, soit 27,42 p. 100.

M. le Professeur Herbert Spencer de Londres a obtenu des résultats merveilleux là où la dilatation simple avait échoué. Il a eu 3 avortements dus probablement, dit-il, à la mauvaise discision du col, l'incision remontant trop haut.

Dans la statistique de M. Pozzi, on note 1 accouchement prématuré à 7 mois suivi d'une grossesse à terme, 5 fausses couches dont 3 ont été suivies secondairement de grossesses évoluant normalement jusqu'à terme.

Enfin si nous réunissons toutes nos observations, nous arrivons aux chiffres suivants :

Sur 191 opérées dont 21 rentrent dans la catégorie citée plus haut, et par suite sur 170 opérées, 55 résultats positifs, soit 32,40 p. 100. Ces résultats se répartissent de la façon suivante :

45 opérées ont eu une seule grossesse ;

9 opérées ont eu deux grossesses ;

1 opérée en eût trois.

Sur ce nombre, on nota un accouchement prématuré à 7 mois et 7 avortements dont un à la 3^e grossesse.

M. le Docteur Alvez de Lima, de Sao-Paulo (Brésil), nous communique que sur 12 cas de stomatoplastie pour dysménorrhée et stérilité, quelques-uns faits récemment, il a obtenu 3 résultats positifs, l'un par fécondation artificielle. Une de ses opérées était mariée depuis 14 ans et stérile ; une autre a eu 5 enfants après l'intervention. Pas de dystocie au moment de l'accouchement.

La proportion des guérisons augmente considérablement quand il s'agit de dysménorrhée.

Dans la thèse de Mlle Sophie Popoff, nous relevons 6 observations avec guérison de la dysménorrhée. Nous n'avons pu utiliser ces observations pour la statistique de la stérilité, l'opération ne datant que de 5 mois. Nous arrivons ainsi aux chiffres suivants qui sont fort éloquents :

Sur 79 femmes opérées pour dysménorrhée, 68 ont été complètement guéries, soit dans 86 p. 100 des cas; 3 ont eu une amélioration de quelques mois de durée, 7 n'ont pas été améliorées du tout; enfin une femme qui ne présentait pas de dysménorrhée, présente actuellement une dysménorrhée intense, mais due à une rétroflexion postérieure à l'opération. (Obs. 65).

Bien que l'opération de la stomatoplastie ne soit pas spécialement dirigée contre la métrite, nous avons cru devoir noter les résultats suivants : sur 45 cas, il y a 33 guérisons, soit 73,33 p. 100.

Cette statistique plaide mieux que nous ne le pouvons faire en faveur de l'opération de M. le Professeur Pozzi. Elle porte sur une période de 20 années et les observations sont assez nombreuses pour que la moyenne établie soit exacte et puisse servir de terme de comparaison avec les résultats dus aux procédés nombreux que le traitement de la dysménorrhée et de la stérilité chez la femme a suscités et hâtons-nous de le dire, ils sont supérieurs.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — In thèse CHABRY. — Recueillie dans le service de M. le professeur POZZI par M. CAZENAVE, interne du service...

C... Maria, 21 ans, entre à l'hôpital Pascal le 16 avril 1893, pour dysménorrhée intense et métrite. Mariée à 15 ans, pas d'infection blennorragique, pas de fausse couche.

Examen : Sténose très marquée de l'orifice du col avec allongement de la lèvre antérieure et allongement total du col : col tapiroïde. Utérus infantile 7 cent. 1/2 de cavité dont 4 pour le col. Endométrite glandulaire du col avec métrite. Rien aux annexes.

6 avril. — Curettage, stomatoplastie; résultat autoplastique parfait.

Résultat. — Le 20 mai, la malade quitte l'hôpital. Le 18 juin, les règles reviennent avec une abondance moyenne, d'une durée de 4 à 5 jours et sans douleur.

La leucorrhée a guéri complètement.

Pas de règles en septembre. En janvier 1894, la malade est enceinte de 7 mois. La grossesse a suivi son cours normal, l'accouchement s'est fait dans d'excellentes conditions. Depuis, la malade se porte toujours bien, l'élargissement de l'orifice persiste tel qu'il fut après la cicatrisation complète; l'endométrite n'a plus réapparu, ni la douleur au moment des règles.

Il y eut donc guérison absolue de l'endométrite, de la dysménorrhée et de la stérilité, le mariage datant de 6 ans.

Obs. 2. — In thèse CHABRY. — Malade opérée
par M. le Dr Pozzi).

Mme L... eut ses premières règles à l'âge de 12 ans, régulières, avançant un peu à l'âge de 15 ans, très douloureuses.

Mariée le 25 avril 1882. Pas de grossesse ni de fausse couche. Dysménorrhée intense, légère leucorrhée.

Opérée le 11 juillet 1892. Col conique, orifice très étroit, utérus infantile et endométrite glandulaire; rien aux annexes. Stomatoplastie par évidemment commissural du col sans curettage.

Résultats immédiats. — Cicatrisation par première intention. Les règles deviennent régulières, non douloureuses.

Grossesse le 20 février 1895. Les règles ont persisté pendant les 3 premiers mois de la grossesse. Rien d'anormal dans la suite. Accouchement simple le 20 novembre 1895.

Retour de couche en janvier. Règles non douloureuses; la dilatation du col persiste telle qu'elle était après la cicatrisation.

Il y eut donc guérison de l'endométrite glandulaire, de la dysménorrhée intense et de la stérilité, le mariage datant de 10 ans.

Obs. 3. — In thèse CHABRY. — Malade opérée par M. Pozzi.

Mme X..., âgée de 37 ans, eut toujours des règles douloureuses. Mariée à l'âge de 20 ans, le mariage ne changea pas les troubles menstruels. Légère leucorrhée, stérilité absolue.

La malade fut opérée en 1893. Elle présentait un utérus infantile, avec col petit, conique, orifice très étroit : les gynécologues consultés, aussi bien que les accoucheurs, avaient tous accusé cet infantilisme comme étant la cause de la stérilité.

Stomatoplastie par évidemment commissural du col, sans curettage.

Résultats opératoires excellents; autoplastie parfaite.

Le côté intéressant de l'intervention a été que presque aussitôt après la cicatrisation, la cavité utérine a augmenté de dimensions. Elle mesurait 5 centimètres $1/2$ avant et a atteint 7 et $7\ 1/2$. Il y eut guérison de la dysménorrhée légère.

Trois ans après, grossesse qui suivit son cours normal. Il eut donc guérison de la dysménorrhée et de la stérilité. La malade était mariée depuis 10 ans. L'accouchement fut normal d'après les renseignements que nous avons demandés nous-même.

Cette observation nous montre en outre le résultat de l'intervention sur le col agissant sur le développement du corps lui-même. L'obstacle supprimé, l'utérus se développa *normalement*.

Obs. 4. — In thèse CHABRY. -- Malade opérée par M. Pozzi.

Marie E., opérée en ville en juin 1896 : col conique avec orifice étroit bordé par un léger ectropion de la muqueuse. Rien aux annexes. Dysménorrhée et stérilité après 7 ans de mariage. Opération : curettage et stomatoplastie par évidemment commissural du col.

Résultats. — Guérison complète de la métrite et de la dysménorrhée; pas de grossesse. Revue en 1900 : grossesse normale; accouchement normal à terme.

Obs. 5. — De DEL VECCHIO.

A ces observations, nous en ajouterons deux autres, publiées par del Vecchio qui a employé avec succès le procédé de la stomatoplastie. La sténose était limitée à l'orifice externe et accompagnée d'un léger écoulement muco-purulent du col et du vagin avec dysménorrhée et stérilité.

L'opération guérit rapidement les troubles menstruels et au bout de trois mois l'opérée devint enceinte ; la grossesse, l'accouchement et les suites furent normaux.

Obs. 6. — De DEL VECCHIO.

Dans le second cas, il y avait du catarrhe muco-purulent du vagin et du canal cervical, avec allongement et augmentation de consistance du col. L'orifice externe rétréci ne permettait pas le passage d'une sonde de trois millimètres. Après l'opération, la malade fut délivrée des troubles de la menstruation et des accès d'hystérie qu'elle présentait ; elle devint enceinte au bout de 4 mois. La grossesse et l'accouchement furent normaux.

Obs. 7. — In thèse NIGOUL (recueillie dans le service de M. le Prof. Pozzi.)

Mme V... , ménagère, âgée de 25 ans. Rien à signaler dans l'enfance. Réglée à 13 ans et régulièrement depuis. Elle n'a jamais eu de règles douloureuses. Mariée à 18 ans. C'est uniquement pour la stérilité qu'elle est entrée à l'hôpital Broca le 22 juin 1901.

A l'examen de l'utérus, on remarque qu'il s'agissait bien d'une sténose congénitale du col. Le canal cervical n'admettait pas un catéter de 4 millimètres de diamètre. Le col était petit et présentait un orifice externe ponctiforme.

Le 27 juin, M. Pozzi pratique la stomatoplastie par évidement commissural du col sans curettage ; suites normales.

Résultats opératoires. — Le 3 novembre 1902, les règles attendues ne parurent pas, et depuis cette époque, elles ne revinrent plus. L'opérée pensa donc qu'elle était enceinte.

Elle vint en effet au mois de mai 1903 à l'hôpital Broca, et on constata des signes certains de grossesse. Cette femme continua à vaquer à ses occupations en prenant soin cepen-

dant de ne pas se fatiguer. La grossesse évolua sans incident jusqu'au 7 août, date de l'accouchement. Le travail qui dura 11 heures environ ne présenta aucun incident notable. L'enfant était à terme et bien portant. Les suites de couches furent excellentes.

Revue en 1906, la malade est bien portante, bien réglée et ne souffre plus.

Obs. 8. — In thèse NIGOUX. — (Prise dans le service de M. le prof. Pozzi).

H... Marie, couturière, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Broca, le 17 septembre 1901.

Réglée à l'âge de 15 ans avec douleur. Depuis cette époque, les règles ont été régulières mais la malade souffrait violemment quelques jours avant les époques et accusait surtout une violente douleur lombaire. Pas de leucorrhée.

Mariée à 21 ans. Les règles sont restées douloureuses. La malade n'a jamais eu de grossesse, pas de fausse couche.

Col petit, conique; l'orifice externe rétréci précédait un canal cervical sténosé.

La malade entre à l'hôpital le 17 septembre 1901.

Elle est opérée le 28 septembre par M. Pozzi qui fait la stomatoplastie par évidement commissural avec curettage préalable.

Résultats opératoires. — Les suites immédiates sont excellentes, cicatrisation par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 22 octobre 1901; depuis l'opération, les règles ont cessé d'être douloureuses. En mars 1902, cessation des règles. L'opérée examinée par nous en septembre présente des signes certains de grossesse. La grossesse a évolué jusqu'à cette époque sans incidents. Nous avons revu la malade le 5 octobre 1902; la grossesse continue à évoluer normalement, la malade accuse simplement des troubles

nerveux et une grande fatigue, que nous avons mis sur le compte de la grossesse.

Cette femme est donc guérie non seulement de sa dysménorrhée mais de la stérilité : la grossesse évolue chez elle normalement et rien ne nous fait prévoir qu'il doive en être autrement.

Obs. 9. — In thèse NIGOUL. — (Prise dans le service de M. le prof. Pozzi).

D... Jeanne, mécanicienne, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Broca le 15 mars 1900.

Réglée à 13 ans avec douleur, elle a toujours souffert beaucoup à l'approche de ses époques qui cependant venaient régulièrement. Légère leucorrhée.

Mariée à 18 ans. Les règles ne cessaient d'être douloureuses, la leucorrhée existait légèrement. Pas de blennorragie. Cette femme n'a jamais eu de grossesse, jamais de fausse couche.

Elle entre à l'hôpital Broca, le 15 mars 1900. On constate chez elle un col étroit à orifice ponctiforme. Un cathéter de 4 millimètres de diamètre ne pouvait passer dans le canal cervical.

Le 18 mars, elle est opérée par M. le professeur Pozzi, qui fit une stomatoplastie par évidemment commissural précédée du curettage.

Résultats opératoires. — Les suites immédiates sont très bonnes. Autoplastie parfaite sans suppuration.

La malade quitte l'hôpital le 10 avril pour reprendre ses occupations. Les règles ont cessé d'être douloureuses ; au mois d'août 1900, les règles n'apparaissent pas et la malade dès lors se surveilla attentivement. En novembre 1900, elle vint à l'hôpital se faire examiner. La grossesse probable ne put être affirmée et la malade revint en janvier 1901 se faire examiner de nouveau. Les signes de grossesse étaient cer-

tains. La malade se reposa dès lors sans quitter son travail complètement et, le 24 mai 1901, elle accouchait sans incident d'un enfant à terme et bien portant. Le travail avait duré seulement 10 heures.

La grossesse et l'accouchement se sont donc effectués sans incident d'aucune sorte.

Obs. 10. — In thèse NIGOUL. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.

Ch... Irène, cuisinière, âgée de 29 ans, entre à l'hôpital le 25 septembre 1900.

Réglée à l'âge de 14 ans 1/2, les premières règles furent très douloureuses, et depuis, chaque époque menstruelle s'annonçait par des douleurs violentes. En même temps, légère leucorrhée.

Mariée à 17 ans. Pas de blennorrhagie. La malade n'a jamais eu de grossesse. Pas de fausse couche.

Sur les conseils de M. le professeur Pozzi, la malade se laisse opérer par lui le 26 septembre 1900. L'orifice externe du col est étroit; très étroit le col lui-même, petit, conique, légèrement induré. Il ne permettait pas l'entrée d'un cathéter de 4 millimètres de diamètre. M. Pozzi fait une stomatoplastie par évidemment commissural du col avec curettage préalable.

Résultats opératoires. — Les suites immédiates sont excellentes; cicatrisation par première intention. Autoplastie parfaite. La malade sort de l'hôpital le 14 novembre. Elle revient chez elle en province. Les règles par la suite reviennent indolores et régulières. Au mois de février 1901, cessation des règles; l'examen pratiqué en juillet permet d'affirmer une grossesse.

Cette grossesse évolue normalement jusqu'en novembre 1911. Elle arrive donc à terme sans incidents. En novembre, a lieu l'accouchement normal d'un enfant bien portant. Les périodes de dilatation et d'expulsion n'ont guère duré plus de douze heures.

La stérilité a donc été guérie. La grossesse a évolué de façon normale, sans rupture prématurée des membranes, ni avortement; l'accouchement a eu lieu sans difficulté, sans dystocie.

L'enfant se porte bien; il a bientôt un an.

Obs. 11. — In thèse A. MATHEZ. — Obs. XIX.

Mme de A..., 28 ans.

Mariée depuis quelques années et restée stérile.

Elle entre en septembre 1901 à la clinique Saint-Ferdinand, rue d'Armaillé. Elle est opérée par M. le professeur Pozzi, le 11 septembre 1901.

Curettage et stomatoplastie par évidemment commissural.

Opération sans incident.

Elle sort guérie le 12 octobre 1901.

Résultats éloignés. — La malade est devenue enceinte en 1903. Elle a une grossesse régulière et elle accouche en 1904 d'un enfant à terme. L'accouchement et les suites ont été normaux.

Donc cette malade a été guérie, grâce à la stomatoplastie de sa stérilité.

Observations inédites.

Obs. 12. — Prise dans le service de M. le Prof. POZZI.

C..., Charlotte, 20 ans, mécanicienne, entre à l'hôpital Broca le 4^{er} novembre 1899.

Réglée à 15 ans, régulièrement réglée mais souffrant beaucoup au moment des époques. Deux jours avant, elle était prise de violentes coliques, de nausées et de vomissements. En présence de cette dysménorrhée intense et après examen de la malade qui montre un utérus de consistance et de volume normaux et sans lésions annexielles avec un col conique avec petit pertuis on décide d'intervenir.

Mariée depuis 2 ans, elle n'a pas eu de grossesse, pas de fausse couche.

Le 8 novembre 1899, l'opération est faite. Après incision latérales libératrices, dilatation aux bougies de Hegar, on fait un curettage et un évidement commissural du col sans aucun incident. Les suites opératoires sont normales et la malade quitte l'hôpital guérie le 25 novembre 1899.

Résultats éloignés. — Nous avons revu la malade le 28 février 1912. Ses règles sont régulières d'une durée de 4 à 5 jours et toute douleur a disparu. Deux ans après l'opération en décembre 1901, les règles ont disparu et les signes d'une grossesse n'ont pas tardé à se manifester; le 20 septembre 1902, elle accouchait normalement d'une fille bien constituée morte à l'âge de 4 ans. Depuis, elle n'a pas eu d'autre grossesse; son mari a d'ailleurs disparu.

Il y a donc eu guérison de la stérilité et de la dysménorrhée.

Obs. 13. — Recueillie dans le service de M. le Prof. Pozzi.

R..., Eugénie, blanchisseuse, 31 ans, entre à l'hôpital Broca le 18 mars 1904.

Il s'agit d'une femme qui vient consulter pour de la dysménorrhée.

Réglée à 18 ans, ses règles sont régulières, durent 8 jours, sont abondantes avec caillots mais sont extrêmement douloureuses.

Elle a quelques pertes blanches dans l'intervalle des règles. Mariée en 1899, elle eût un garçon le 25 juin 1901, qui ne tarda pas à mourir. Elle considérerait avec joie une nouvelle grossesse.

L'utérus est en position normale, le col fendu transversalement est dur sténosé, car il admet difficilement l'hystéromètre.

Le 25 mars 1904, la malade est opérée sans incident. Sto-

matoplastie par évidement commissural du col. Les suites opératoires sont normales et la malade quitte l'hôpital dans la première quinzaine d'avril 1904.

Résultats éloignés. — Nous avons revu la malade le 10 mars 1912.

Ses règles sont très régulières, moins abondantes mais sans aucune douleur. Les pertes blanches ont presque entièrement disparu.

En octobre 1910, elle fait une fausse couche de 3 mois 1/2.

Le 26 décembre 1911, elle accouche normalement sans difficulté aucune d'un garçon à terme très vivant.

Il y a eu guérison complète de la dysménorrhée, amélioration de la métrite cervicale très nette et guérison de la sténose qui, chez elle, pouvait empêcher l'imprégnation.

Obs. 14. — Recueillie dans le service de
M. le Prof. Pozzi.

R.... Marie. 28 ans, infirmière, entré à l'hôpital Broca en juin 1905.

Réglée à l'âge de 16 ans. Règles très abondantes avec caillots, d'une durée de 8 jours en moyenne et très douloureuses, l'obligeant à garder le lit pendant les deux ou trois premiers jours. Depuis presque un an, elle a des ménorrhagies qui l'inquiètent. Pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles.

Mariée depuis 5 ans, elle n'a pas d'enfants et n'a pas fait de fausse couche.

Utérus de volume normal complètement rétroversé; le col est conique, son orifice est très étroit. Rien aux annexes. Le 29 juin 1905 elle est opérée : stomatoplastie par évidement commissural du col après un curettage qui ramène beaucoup de fongosités.

La malade reste à l'hôpital, et le 28 juillet 1905, M. Proust corrige sa rétroversion en lui faisant un Alquié-Alexander.

Les suites sont normales et la malade quitte l'hôpital dans le courant du mois d'août 1905.

Résultats éloignés. — Nous avons revu cette femme le 26 mars 1912. Elle a toujours d'abondantes pertes blanches et il semble bien que l'opération n'ait pas amélioré sa métrite.

Par contre, la stérilité a été guérie et les règles sont régulières, de moins de durée et non douloureuses.

Le 23 mai 1907, elle accouchait normalement après un travail de quelques heures d'une fille.

Le 12 août 1908, nouvel accouchement; accouchement prématuré d'un garçon qui mourut 1 an après de convulsions.

L'avance était de 15 jours environ. Accouchement tout à fait normal.

Enfin, le 1^{er} août 1911, cette femme faisait une fausse couche de trois mois. Actuellement, elle souffre de douleurs dans la région lombaire et le bas-ventre mais il ne nous a pas été possible de faire un examen complet.

Cette observation nous montre que l'opération de la stomatoplastie n'entraîne aucune crainte pour les accouchements futurs.

Obs. 15. — Recueillie dans le service
de M. le Prof. Pozzi.

Ch.... Marie 25 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Broca le 26 septembre 1907.

Il s'agit d'une femme très nerveuse. Réglée à 14 ans, elle a des règles assez abondantes durant 4 jours mêlées de caillots, règles très douloureuses. Leucorrhée abondante qui oblige parfois la malade à se garnir. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Elle ne désire pas d'enfants et vient seulement pour sa dysménorrhée et sa métrite.

A l'examen, l'utérus est en antéflexion cervico-corporelle très accusée, le col est petit, conique et laisse sourdre à la

pression un bouchon muqueux très net. Les annexes sont saines.

Le 30 septembre 1907, la malade est opérée, le vagin très étroit gêne les manœuvres, cependant après curettage préalable, la stomatoplastie par évidement commissural du col est faite sans incident.

Les suites immédiates furent normales et l'autoplastie bonne; le 24 octobre 1907, elle quittait l'hôpital.

Résultats éloignés. — Nous avons revu cette malade le 24 mars 1912. Il y a une notable amélioration des douleurs au moment des règles sans qu'il y ait disparition complète. Les pertes blanches ont également considérablement diminué. En juin 1909, elle retourne à Broca où on l'examine à nouveau et on lui retire 6 fils.

Le 29 juin 1910, la malade fait une fausse couche de 5 mois.

En juillet 1910, à Broca, on lui retire encore un fil.

Enfin, en février 1911, le dernier fil est retiré par son docteur.

L'utérus est en latéro-déviation droite, un peu sensible; le col présente une fente transversale d'un centimètre $1/2$ environ; la lèvre antérieure du col est allongée.

Très nerveuse et neurasthénique, elle a tenté deux fois de se détruire.

En somme, la dysménorrhée et la métrite ont été notablement améliorées, la stérilité guérie. Faut-il attribuer la fausse couche à l'état de tension nerveuse de l'accouchée qui ne désirait pas d'enfant; nous le croyons volontiers. La présence de fils dans le col utérin n'a pas déterminé l'avortement comme nous avons pu le voir dans l'Observation 19.

Obs. 16. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.

C... Suzanne, 23 ans, lingère, entre à l'hôpital Broca le 26 mai 1908.

Réglée à 15 ans, régulièrement avec des variantes de 2 à 3 jours. Les règles sont abondantes, sans caillots et durent 5 jours en moyenne. Elles sont accompagnées de violentes douleurs avec irradiation à la région lombaire, la veille; les deux premiers jours apparaissent souvent des vésicules d'herpès. Depuis 3 ans, elle a des pertes blanches et jaunes qui empèsent le linge. Les dernières remontent à un mois et demi environ.

Mariée à 18 ans, c'est-à-dire depuis 5 ans, elle n'a pas et d'enfants et elle en est désolée. Pas de fausse couche.

L'utérus est en rétroversion et un peu porté à droite; les annexes sont douloureuses surtout à gauche. L'ovaire droit n'est pas senti. Le col au spéculum est petit et conique, la lèvre antérieure est proéminente, l'orifice est tout petit avec bouchon muqueux. Le 6 juin 1908, la malade est opérée pour dysménorrhée et stérilité par M. Bender. Le col était entièrement rétréci et la dilatation présentait quelques difficultés. Après un curetage préalable qui ramène beaucoup de fongosités, la stomatoplastie par évidement commissural du col fut faite. Les suites opératoires furent normales et la malade quittait l'hôpital le 28 juin 1908.

Résultat éloigné. — Nous avons revu la malade le 28 février 1912 chez elle. Les douleurs ont complètement disparu; elle a très rarement des pertes blanches. Le 26 juillet 1910, elle accouchait à la clinique Baudelocque, et voici ce que nous avons relaté. La malade a travaillé 10 heures par jour debout. Elle n'a pas piqué à la machine. Les derniers rapports sexuels datent de 15 jours. Elle n'a cessé son travail que pour rentrer à l'hôpital. La hauteur utérine est de 31 centimètres; le début du travail se fait à 8 heures du matin, elle entre à la salle de travail à 5 heures du soir. Présentation O. I. G. A. L'expulsion du fœtus se fait à 10 heures du soir. Durée de la période d'expulsion : 30 minutes. La durée totale du travail a été de 14 heures. Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement. Placenta discoïde,

membranes complètes, insertion presque centrale. L'enfant pesait 3.020 grammes. Donc, aucun symptôme de dystocie. L'enfant placé en nourrice est mort en bas-âge de convulsions.

La malade, d'autre part, au moment où nous l'avons vue présentait des signes non équivoques d'une grossesse presque à terme. Interrogée, elle nous a dit que ses dernières règles dataient du 26 mai 1911 et qu'elle espérait accoucher à nouveau dans le courant de mars 1912.

Obs. 17 — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.

R..... Sylva, étudiante, 25 ans, entre à l'hôpital Broca le 8 octobre 1909.

Il s'agit d'une femme ordinairement bien portante et de bonne constitution. Réglée à 12 ans, ses règles sont un peu irrégulières comme apparition et comme durée. Elles s'accompagnent de coliques violentes, de douleurs intenses dans la région lombaire et tout le petit bassin.

Mariée à 19 ans, elle n'a pas eu de grossesse ni fait de fausse couche. Leucorrhée légère. En présence d'une dysménorrhée aussi vive et pour contenter son désir de devenir mère, M. Pozzi décide de faire une stomatoplastie.

Le 16 octobre 1909, la malade est examinée et opérée; la sténose du col est assez peu accentuée, mais il existe une antéversion très marquée. La dilatation du col est facile après incisions libératrices latérales. On fait un curettage et la stomatoplastie par évidemment commissural ou col sans aucun incident. On obtient un bon orifice et l'utérus est correctement redressé. La malade quitte l'hôpital le 6 novembre 1909.

Résultats éloignés. — Nous avons revu cette malade chez elle le 5 avril 1912. Elle nous a montré une petite fille. Elle avait eu des règles régulières, sans aucune douleur. Les règles ont disparu le 17 février 1911 et tous les symptômes d'une grossesse se manifestaient. Enfin, le 5 novembre 1911,

elle accouchait normalement après deux heures seulement de travail, d'une fille pesant 3.230 grammes.

Les pertes blanches ont un peu diminué. La stomatoplastie suivant le procédé du Professeur Pozzi a guéri à la fois la dysménorrhée et la stérilité.

Obs. 18. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.

G... Jeanne, 24 ans, ménagère entre à l'hôpital Broca le 22 février 1909.

Elle vient consulter parce qu'elle souffre du ventre, mais surtout pour savoir si elle peut avoir des enfants.

Réglée à 14 ans; ses règles sont très douloureuses, s'accompagnent de coliques violentes qui lui arrachent des cris et la font se rouler par terre; coliques durant un jour.

Les règles avançaient chaque mois de 10 à 12 jours, étaient peu abondantes, contenant parfois des caillots et d'une durée de 3 jours. Leucorrhée assez abondante dans l'intervalle.

Mariée à 20 ans, c'est-à-dire il y a 4 ans, elle est désolée de n'avoir pas d'enfant. Elle n'a pas fait de fausse couche.

Au toucher, le col est conique dans l'axe du vagin; l'utérus est en antéversion marquée et un peu douloureux. Les culs-de-sacs sont libres.

La malade est opérée par M. Pozzi le 27 février 1909. Au spéculum, le col apparaît conique avec un très petit orifice ne laissant pas pénétrer l'hystéromètre. Il y a évidemment une sténose du col. La stomatoplastie par évidemment commissural du col, précédée d'un curettage qui ramène peu de débris de muqueuse est faite.

La malade sort guérie de l'hôpital le 18 mars 1909.

Résultats éloignés. — Revu cette femme le 15 mars 1912. Si ses pertes blanches ont persisté sans aucune amélioration, ses règles sont devenues plus régulières et la souffrance a presque complètement disparu. Il n'y a aucune comparaison avec l'état dans lequel elle se trouvait autrefois.

D'autre part, elle n'a pas vu ses règles depuis le 12 décembre 1911. Elle a des nausées, elle vomit très souvent et très facilement, ses seins ont augmenté de volume, elle y ressent quelques picotements; l'aréole est pigmentée. La ligne blanche est devenue noirâtre et au toucher vaginal on sent un utérus augmenté de volume et un col utérin ramolli. Il s'agit bien d'une grossesse en évolution.

Obs. 19. — Prise dans le service de M. le Docteur Pozzi.

B..., Marie, 25 ans, garde-malade, entre à l'hôpital Broca le 14 janvier 1910.

Femme de constitution robuste. A la suite d'accident en 1901, elle entre à Broussais dans le service de M. Chaput, qui lui résèque deux côtes du côté gauche. Cicatrice très apparente.

En 1902, elle entre à Laënnec dans le service de M. le professeur Reclus pour appendicite.

Réglée à 11 ans, ses règles sont régulières, abondantes, sans caillots, très douloureuses s'accompagnant de violentes coliques. Pertes blanches abondantes.

Mariée depuis deux ans, elle a fait 2 mois 1/2 plus tard une fausse couche, en novembre 1908. Elle vient à Broca le 14 janvier 1910.

Il s'agit de dysménorrhée et de sténose cervicale non congénitale, mais d'une métrite sténosante cervicale; le résultat au point de vue de l'atrésie du canal cervical est d'ailleurs le même. Aussi, après examen du col utérin volumineux avec orifice externe très petit M. Pozzi malgré la présence d'une masse du volume d'une mandarine dans le cul-de-sac vaginal gauche, masse douloureuse à la pression, se décide à faire le 25 janvier 1910 la stomatoplastie par évidemment commissural du col après curettage préalable. Onze jours après, la malade quittait l'hôpital.

Résultats éloignés. — Nous avons pu la retrouver et la

voir chez elle le 30 mars 1912. Deux mois après l'opération, prise de violentes douleurs dans le bas-ventre elle se décide à consulter. Elle est visitée par un docteur qui retire cinq fils du col utérin au thermocautère avec assez de difficulté. Ces fils sont conservés par la malade.

Les pertes blanches ont complètement disparu, les règles sont beaucoup moins douloureuses et durent 3 jours. Malgré le petit incident relaté, la malade est devenue enceinte. Les dernières règles datant de février 1911, elle accouche normalement d'un enfant pesant 3.250 grammes et qui a depuis doublé de poids. Elle fut prise de douleurs un dimanche à 11 heures du matin, douleurs vagues qui cessèrent complètement le lendemain. Les douleurs franches apparurent le vendredi matin à 6 h. 1/2 et l'accouchement était terminé l'après-midi du même jour à 3 heures. La durée totale du travail avait été de 9 h. 1/2. Cette femme est bien portante et nourrit son enfant.

Nous avons pu faire chez elle un toucher vaginal. L'utérus est légèrement dévié à gauche, de volume normal. L'ovaire gauche est un peu volumineux et sensible. La lèvre antérieure du col est molle, la lèvre postérieure dure. L'orifice externe est large et la pression n'est pas douloureuse.

Il ne semble pas douteux que dans le cas présent la stomatoplastie ait guéri la dysménorrhée, la métrite et ait permis à la femme une nouvelle grossesse qui eût été autrement tout à fait problématique, sinon impossible.

Obs. 20. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.

M... Clémence, 26 ans, repasseuse, entre à l'hôpital Broca le 16 novembre 1910.

Réglée à l'âge de 16 ans, ses règles sont régulières quoique avec un peu de retard. D'une durée de 5 jours, elles sont peu abondantes. On y trouve quelques caillots. A chaque période menstruelle, la malade est obligée de se coucher tel-

lement sont violentes ses coliques et ses douleurs lombaires. Elle a des nausées et des vomissements. Mariée le 10 avril 1907, elle n'a pas eu d'enfant. Pas de pertes blanches, pas de fausse couche.

Son désir très vif d'avoir des enfants autant que sa dysménorrhée l'amènent à l'hôpital.

Au toucher, sténose typique du col utérin qui est petit, conoïde, fermé; l'utérus est en bonne position, les annexes sont normales. Le 26 novembre 1910, la malade est opérée.

Ouverture du col sur les côtés par un coup de ciseaux; l'orifice interne est très suffisamment dilaté. Evidemment commissural suivant la technique du Professeur Pozzi, points principaux aux fils d'argent, points supplémentaires aux crins.

L'opération est faite sans incident aucun et la malade quitte l'hôpital après cicatrisation parfaite du col utérin, le 18 décembre 1910.

Résultat éloigné. — Nous avons revu cette malade à l'hôpital Broca le 2 avril 1912. Ses règles sont abondantes sans caillots et durent 6 à 8 jours. Elle souffre parfois encore, mais cette douleur est tout à fait supportable et ne l'empêche nullement de vaquer à ses occupations. Il y a donc guérison de la dysménorrhée.

De plus, elle a eu ses dernières règles le 11 novembre 1911, ses seins ont augmenté de volume, l'aréole est très pigmentée, le ventre est globuleux. Au palper, l'utérus remonte à l'ombilic et on sent le ballonnement fœtal.

Au spéculum, le col apparaît ouvert, avec une fente transversale de 2 centimètres environ, il est rosé, de consistance normale. M. le docteur Leüba a bien voulu en prendre le dessin.

La stérilité est donc guérie, et rien ne peut faire prévoir un accouchement prématuré dû à l'opération antérieure ni une cause de dystocie au cours de l'accouchement futur.

Obs. 21. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.

B... Jeanne, 23 ans, concierge entre à l'hôpital Broca le 24 octobre 1910.

Réglée à 12 ans et demi.

A 14 ans, les règles régulières et abondantes deviennent très douloureuses, s'accompagnent de violentes coliques dans le bas-ventre et de vomissements qui ne cessent qu'au bout de deux à trois jours.

A 20 ans, la malade se marie : ni enfants, ni fausse couche.

Les règles n'ont pas été modifiées ; les rapports non douloureux sont suivis de pertes blanches. L'état général est excellent. La malade a remarqué 6 semaines environ avant son entrée à l'hôpital qu'elle portait au sein droit une petite nodosité.

On trouve en effet au sein droit une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, mobile, lisse, dure, indolore, très limitée située à la partie moyenne et interne du sein. Il s'agit d'un adéno-fibrome.

A l'examen, la vulve est normale, le toucher facile, indolore. Le col est long, conique à tout petit orifice arrondi situé en avant et en haut.

L'utérus est rétroversé, mobile, peu douloureux, les culs-de-sacs sont libres. Il y a véritablement une sclérose du col avec rétroversion et tous les accidents observés sont imputables à l'état du col utérin.

Le 5 novembre 1910, la malade est opérée par M. Proust. Stomatoplastie par évidemment commissural du col. L'utérus est très rétréci au niveau de l'isthme, la dilatation est presque impossible et on trouve à ce niveau un petit polype muqueux dont l'ablation est faite et qui permet de dilater convenablement.

Résultat opératoire immédiat excellent. Le 3 décembre 1910, la malade quitte l'hôpital complètement rétablie.

Résultat éloigné. — Nous avons pu faire venir la malade dans le service le 4 avril 1912.

La stérilité a été vaincue; la malade ne voyait plus ses règles au début de juin 1911 et dans les mois qui suivirent la grossesse se manifesta nettement. Malheureusement le 6 novembre 1911, sans cause bien déterminée, la malade faisait une fausse couche que l'on peut évaluer à 4 mois et demi environ.

Le retour de couches eût lieu en décembre 1911.

Les règles sont très régulières, abondantes et la douleur et les phénomènes nerveux qui se manifestaient avant l'opération, ont complètement disparu. Il faut dire cependant que deux fois au début du flux menstruel, la malade a eu d'assez vives douleurs. La fin des dernières règles date du 2 avril 1912 et elles n'ont pas été douloureuses.

Cette dame ne désire aucunement avoir d'enfant.

Au spéculum, le col apparaît volumineux, rougeâtre. L'orifice externe a une largeur de 15 à 20 millimètres et laisse sourdre un mucus glaireux très peu abondant. La lèvre postérieure du col est augmentée de volume et proémine sur la lèvre antérieure. Dans le fond de l'orifice, on aperçoit la muqueuse rougeâtre.

Obs. 22. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.

G... Louise, 28 ans, sans profession, entre à l'hôpital Broca le 8 mars 1911.

La malade vient pour stérilité, dysménorrhée et métrite chronique datant de 6 ans.

Réglée à 9 ans et demi. Après une période d'aménorrhée qui a duré une année, entre 11 et 12 ans, ses règles sont revenues assez abondantes, régulières, mais douloureuses les deux premiers jours.

Malade très nerveuse. Mariée à 17 ans; pas de fausse couche, pas de grossesse depuis 11 ans de mariage.

Depuis l'âge de 48 ans, pertes blanches abondantes.

Examen : utérus en antéflexion marquée; annexes saines.

Au spéculum, le col est de volume normal, non ulcéré, l'orifice est petit. On fait sourdre par la pression du col, un mucus blanchâtre en assez grande abondance. On fait passer avec difficulté l'hystéromètre courbé. Hystérométrie 8 centimètres. La muqueuse fait légèrement hernie.

Opération le 14 mars 1911. Dilatation jusqu'au n° 26 aux bougies de Hégar après discision du col. Redressement de l'anté-flexion utérine et curettage; ensuite stomatoplastie par évidemment commissural du col.

Suites opératoires simples, la malade quitte l'hôpital le 28 mars 1911.

Résultat éloigné. — 10 mai 1912. La malade écrit d'Alexandrie qu'elle est accouchée d'un garçon. L'accouchement a été normal et le travail a duré 24 heures. Aucun accident.

Obs. 23. — Communiquée par M. le Docteur DARTIGUES.

Mme P... 23 ans, mariée depuis 14 mois.

Fièvre typhoïde à 3 ans et demi. Réglée régulièrement avant comme après le mariage. N'a jamais souffert du ventre. Durée des règles : 8 jours. Pas de pertes blanches.

En février 1905, douleurs violentes dans l'abdomen du côté droit. Diagnostic d'appendicite et d'annexite droite.

En août 1905, la malade est envoyée à Plombières pour entérite et constipation.

Le docteur Roux confirme le diagnostic : entérite grave progressive d'origine réflexe dont le point de départ est à l'appendice ou aux annexes droites.

Opération le 30 novembre 1905. — M. Dartigues, assisté de M. Caraven, trouve un peu de liquide péritonéal dans le cul-de-sac vésical et le Douglas. Les annexes droites avec ovaire scléro-kystique sont enlevées. Ablation d'un appendice très

long coudé à deux endroits avec coprolite. Le Docteur J.-Ch. Roux était présent.

15 octobre 1906. — La malade perd en blanc assez abondamment.

L'utérus est très antéfléchi, le col est rouge, conique avec un orifice étroit. On propose de faire plus tard de la dilatation.

Le 26 janvier 1907, après avoir agité auprès de la malade la question de la dilatation et de la stomatoplastie et après avoir insisté sur les avantages beaucoup plus certains de cette dernière, la malade se laisse opérer le 30 janvier 1907.

Stomatoplastie suivant le procédé de Pozzi. — Résultat immédiat parfait.

La malade d'une santé précaire, prétuberculeuse quitte Cherbourg pour Ajaccio, 6 ou 8 mois après l'opération, elle devient enceinte. La grossesse évolue normalement. L'accouchement, sans forceps est fait par le Docteur Pompéani, accoucheur de l'hôpital d'Ajaccio. Petite fille.

En 1911, nouvelle grossesse terminée par l'accouchement à terme d'un petit garçon.

Obs. 24. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — C... 32 ans, entre à l'hôpital en mai 1909 pour sténose du col, métrite et dysménorrhée intense. Elle ne désire pas d'enfant. Le col est conique et l'hystéromètre passe très difficilement. Le 3 juin 1909 : stomatoplastie (M. Bender) sans accident et la malade quitte l'hôpital le 20 juin 1909.

Résultats. — La malade, revue depuis, est améliorée; elle ne souffre plus et ses pertes blanches ont disparu. Il y a guérison de la métrite et de la dysménorrhée. Pas de grossesse.

Obs. 25. — Due à l'obligeance de M. CH. DE MARTEL. — M. X... 33 ans, mariée depuis longtemps, est opérée en janvier 1910. Stomatoplastie précédée de curettage, pour sténose très marquée du col et dysménorrhée.

Cette malade est guérie de sa dysménorrhée : 11 mois

après l'opération, elle accouchait à terme et normalement, le travail a été un peu lent. Depuis, 2^e grossesse en évolution.

Obs. 26. — Due à l'obligeance de M. CH. DE MARTEL. — Mme X... 20 ans, est opérée en décembre 1911 pour sténose du col utérin. Pas de dysménorrhée. Curettage suivi de stomatoplastie. Actuellement, elle est enceinte et sa grossesse évolue normalement.

Obs. 27. — In thèse CHABRY. — Mme V... 34 ans, entre à l'hôpital Broca pour dysménorrhée intense.

Opérée par M. Pozzi le 14 avril 1893. Col conique un peu allongé, orifice très étroit, utérus infantile, cavité mesurant à peine 6 centimètres. Endométrite glandulaire du col. Stomatoplastie. Résultats opératoires excellents.

Résultats éloignés. — Les règles reviennent 8 jours après l'intervention sans douleur et durent 2 jours. Guérison complète en avril 1898. L'examen du col montre que la dilatation est conservée intacte. Utérus petit. Hystérométrie 7 centimètres. Pas de grossesse, mais la malade ne semble pas la désirer.

Obs. 28. — In thèse CHABRY. — L... 23 ans, entre à l'hôpital le 31 mai 1894. Réglée à 15 ans avec douleurs, maux d'estomac. Mariée à 19 ans sans amélioration de la dysménorrhée. Leucorrhée abondante. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Opérée le 27 juin 1894. Stomatoplastie sans curettage. Col conique sténosé; orifice à peine visible.

Suivie jusqu'en 1896. Guérison de l'endométrite, de la dysménorrhée; pas de grossesse.

Obs. 29. — In thèse CHABRY. — P... opérée le 15 octobre 1894 par M. Pozzi pour métrite avec ovaire droit prolabé et triplé de volume; dysménorrhée intense, stérilité. Col conique

orifice très étroit avec muqueuse ectropiée. Utérus gros de métrite. Amputation biconique avec évidemment commissural du col amputé.

Résultats. — Guérison de la métrite, de la dysménorrhée, pas de grossesse. La lésion de l'ovaire a diminué après l'intervention.

Obs. 30. — In thèse CHABRY. — Mme L... opérée le 31 octobre 1894 par M. Pozzi pour métrite parenchymateuse avec antéflexion. Col conique, sténosé. Dysménorrhée, stérilité. — Curettage et stomatoplastie.

Résultats. — Guérison de la métrite et de la dysménorrhée. Pas de grossesse.

Obs. 31. — In thèse CHABRY. — M... 22 ans, réglée à 13 ans, entre à l'hôpital pour métrite hémorragique et dysménorrhée. Malade vierge avec col conique et sténose très accentuée; utérus normal.

Opérée le 10 décembre 1893. Curettage, stomatoplastie.

Résultats. — La malade écrit en avril 1898. Guérison complète de la métrite hémorragique et de la dysménorrhée. La malade n'est pas mariée et par suite toujours stérile.

Obs. 32. — In thèse CHABRY. — Mlle D... atteinte de métrite virginale hémorragique avec dysménorrhée intense, présente un col légèrement ulcéré. Col conique avec orifice très étroit d'où sort un polype du volume d'un grain de blé. Utérus en rétroversion. Hystérométrie 9 centimètres $1/2$ très difficile.

Opérée le 16 novembre 1897 par M. Pozzi. Débridement de l'hymen, résection semi-lunaire. Stomatoplastie. Cicatrisation parfaite.

Résultats. — Guérison de la métrite et de la dysménorrhée.

Obs. 33. — In thèse CHABRY. — Mme R..., 26 ans, opérée le 24 octobre 1897 par M. Pozzi pour dysménorrhée avec catarrhe hyalin du col. Stérilité.

Mariée depuis 5 ans ; col conique, orifice un peu étroit mais rétrécissement de l'orifice interne. Légère flexion cervico-corporelle. Stomatoplastie sans curettage. Résultat excellent.

Guérison de la dysménorrhée et du catarrhe du col. Pas de grossesse.

Obs. 34. — In thèse CHABRY. — B..., 38 ans, couturière, entre à Pascal le 19 octobre 1897.

Réglée à 13 ans, bien réglée avec mal de reins jusqu'il y a 3 ans.

En 1894, métrite et opération : curettage. Depuis, dysménorrhée intense avec métrite. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Col dur, cicatrisé, douloureux au toucher, orifice étroit. Catarrhe cervical épais. Utérus normal ; rien aux annexes.

Opération le 25 octobre 1897. — Stomatoplastie.

Résultats. — Réglée un mois après l'opération sans douleurs. Revue en avril 1898 ; le col est largement ouvert, il n'y a aucune sécrétion. Guérison de la métrite et de la dysménorrhée.

Obs. 35. — In thèse CHABRY. — Mme T..., 29 ans, réglée à 13 ans. Dysménorrhée intense non améliorée par le mariage, il y a 12 ans. Curettée il y a 5 ans, sans amélioration.

En octobre 1897, on note un col conique avec un orifice à peine perceptible à la vue. Cathétérisme impossible. Sécrétion muco-purulente. L'utérus était infantile, aucune lésion annexielle, aucune infection blennorragique. Stérilité.

Stomatoplastie le 20 novembre 1897. Kyste du col. Utérus infantile : 6 centimètres à peine.

Résultats. — Col d'aspect normal avec orifice largement ouvert sans sécrétion.

Aggrandissement de la cavité utérine qui mesure 7 centimètres.

Guérison de la métrite et de la dysménorrhée. Pas de grossesse.

Obs. 36. — In thèse MATHEZ. — R..., 28 ans, ménagère, réglée à 17 ans. Mariée à 18 ans.

Règles régulières indolores, durant 4 à 5 jours. Après un séjour en 1901 à l'hôpital Bichat et en 1902 à Necker pour annexite double, elle entre à l'hôpital Broca le 23 avril 1903 pour métrite et dysménorrhée.

Utérus en antéflexion cervico-corporelle, petit. Rétrécissement de l'orifice interne. Hystérométrie 8 centimètres.

Stomatoplastie le 9 mai 1903 par M. Jayle. Suites normales.

Résultats. — Absolument nul; le col est largement ouvert. Utérus en antéflexion, ovaire gauche atrophié et douloureux à la pression. Rétrécissement de l'orifice vulvaire. Sclérose ovarienne.

Obs. 37. — In thèse MATHEZ. — Docteur JAYLE (*Presse médicale*, 17 mars 1900). — Henriette C..., 31 ans, pas d'accouchement ni de fausse couche.

Dysménorrhée très intense. Métrite, stérilité.

24 juin 1898 : stomatoplastie.

Résultat — Nul. Symptômes d'insuffisance ovarienne; ovarite double; 26 octobre laparatomie; ablation des annexes gauches; résection de l'ovaire droit.

Obs. 38. — In thèse A. MATHEZ. — M. B..., 29 ans. Réglée à 16 ans régulièrement, sans douleurs. Quelques pertes blanches. Mariée à 20 ans, 2 fausses couches sans accidents, mais comme elle désire vivement un enfant, elle entre à l'hôpital Broca le 23 mars 1903. Sténose de l'orifice externe du col avec légère métrite.

1^{er} avril 1903 : curettage et stomatoplastie. (M. Jayle). La malade sort guérie le 15 avril 1903. La malade est toujours réglée régulièrement et sans douleur. Les pertes blanches

n'ont pas diminué. Pas de grossesse, mais le mari est mort un an après l'opération.

Obs. 39. — In thèse A. MATHEZ. — Jeanne S..., 30 ans. Réglée à 15 ans. Depuis 7 ans, règles très douloureuses durant 6 jours. Entre à l'hôpital Broca le 1^{er} avril 1904. Utérus en antéflexion, sténose de l'orifice externe.

12 avril 1904 : stomatoplastie après curettage par M. Jayle.

La malade sort guérie le 3 mai 1904. Résultat nul ; actuellement la malade a recours à la morphine pour calmer ses douleurs.

Obs. 40. — In thèse A. MATHEZ. — Marie F..., 33 ans, réglée à 18 ans. Durée 2 jours.

Règles très douloureuses ; pas d'enfants, pas de fausses couches.

18 juillet 1903 : stomatoplastie à l'hôpital (M. Pozzi). La malade sort le 31 juillet.

Résultats. — Col présentant l'aspect d'un col de multipare dont les deux commissures auraient été déchirées. L'orifice interne ne permet pas le passage d'un hystéromètre de 2 millimètres de diamètre.

On sent les annexes un peu plus à gauche qu'à droite. En résumé, le résultat de la stomatoplastie est nul. Insuffisance ovarienne.

Observations inédites.

Obs. 41. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — G... Marie, 44 ans, réglée à 16 ans régulièrement ne désire pas d'enfant. Elle entre à l'hôpital Broca le 5 octobre 1903 pour métrorrhagies et métrite. Utérus petit, antéfléchi, annexes légèrement hypertrophiées à gauche. L'orifice externe du col utérin est petit et recouvert d'un gros bouchon muqueux.

Stomatoplastie après curetage. (M. Pozzi) sans incident. Sortie de l'hôpital le 6 novembre 1903.

Résultats. — Revue le 9 mai 1912. L'utérus a gardé sa position, les annexes ne sont pas douloureuses. Le col d'aspect normal présente une fente ovale de 1 centimètre de large. Sur sa lèvre inférieure est implanté un petit polype du volume d'un gros pois. On note également un polype de l'urèthre qui dévie le jet à droite.

Pas de grossesse. Guérison des métrorrhagies. Guérison de la métrite. La ménopause est survenue 2 ans 1/2 après l'opération sans amener de troubles.

Obs. 42. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — C..., Clotilde, 39 ans, réglée à 11 ans, vient le 27 mai 1905 à l'hôpital Broca pour métrorrhagies douloureuses et pertes blanches abondantes. Utérus très antéfléchi de vol. normal. Col conique, dur, fermé.

Le 26 juin 1905, M. Pozzi fait un curetage suivi de stomatoplastie sans incident. Sortie de la malade 18 juillet 1905.

Résultats. — Revue le 9 mai 1912. Règles régulières non douloureuses ne dépassant pas 3 à 4 jours. Les pertes blanches ont un peu diminué. La malade accuse quelque douleur au moment des rapprochements sexuels. Pas de grossesse. Guérison des métrorrhagies douloureuses. Amélioration légère de la métrite.

Obs. 43. — Recueillie dans le service de M. le Prof. Pozzi. — M. P..., Amélie, 21 ans, concierge, entre à l'hôpital Broca au milieu de février 1904 pour dysménorrhée et stérilité.

Réglée à 12 ans, elle commence à souffrir à l'âge de 14 ans. Les règles sont peu abondantes; les douleurs durent 5 heures.

Mariée le 2 juillet 1898, c'est-à-dire depuis 6 ans, elle n'a pas fait de fausse couche, pas eu d'enfant. Pas d'améliora-

tion de la dysménorrhée par le mariage; pas de pertes blanches.

Opérée le 29 février 1904 par M. Lequeux. Stomatoplastie par le procédé de Pozzi. Col conique, utérus petit, en antéversion. Sort le 17 mars 1904 en bon état. Scarlatine ensuite.

Résultat éloigné. — Cette malade a été suivie par M. Lequeux qui a bien voulu nous donner les résultats opératoires.

Les douleurs qui avaient disparu après l'opération ont fait leur réapparition en août 1904, cinq mois après, avec les mêmes caractères. Rien ne les calme : pansement à la glycérine ichtyolée pendant près d'un an; belladone, antipyrine et même opium.

Le 23 février 1909, M. Lequeux fait une salpingectomie gauche. Ovaire légèrement kystique, trompe non enflammée, augmentée de volume. Suites opératoires bonnes, mais l'amélioration des douleurs est nulle. On essaie de la solution Schoum qui donne une amélioration pendant une période de 2 à 3 mois.

Depuis 3 ans, poussées de métrite très douloureuses avec hyperthermie. Diminution des règles depuis 3 à 4 mois et diminution de la dysménorrhée. En septembre 1910, ablation d'un petit noyau d'adénome mammaire.

Revue le 16 mai 1912 à Broca, cette femme présente un utérus légèrement dévié à gauche, petit et un peu douloureux. Le col est entr'ouvert sur une longueur de 1 centimètre $1/2$. Au contact de la pince, il devient béant. Pas de fausse couche, pas d'enfant. Le mariage date de 14 ans. L'opération n'a donné qu'une amélioration tout à fait passagère de la dysménorrhée.

Obs. 44. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — D..., 25 ans, blanchisseuse, réglée à 12 ans vient à l'hôpital Broca le 12 novembre 1906 pour leucorrhée légère et dysménorrhée intense que le mariage à 20 ans n'a pas amélioré. Pas de grossesse.

Utérus en antéflexion, culs-de-sacs vaginaux libres, non douloureux. Col utérin allongé, conique avec orifice externe très petit. Sténose du col. Hystérométrie impossible.

Stomatoplastie le 14 décembre 1906 (M. Dartigues). Suites normales; la malade quitte l'hôpital le 6 janvier 1907.

Résultats. — Revue le 8 mai 1912. Règles régulières abondantes sans douleurs jusqu'en décembre 1911. Depuis, la malade présente de temps à autre des métrorrhagies qui l'inquiètent assez peu. Il ne nous a pas été possible de faire l'examen local. Pas de grossesse; il est vrai que la malade ne désire pas d'enfants. Il y a donc eu guérison de la dysménorrhée.

Obs. 45. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — P... Francine, 32 ans, réglée à 12 ans, règles régulières durant 3 jours, très douloureuses. Pas de pertes blanches, pas de grossesse, elle n'en souhaite pas d'ailleurs. Elle entre à l'hôpital Broca le 17 juillet 1906 pour dysménorrhée.

Utérus en rétroversion, cul-de-sac vaginal gauche légèrement induré et douloureux. Le col est petit, l'orifice externe presque fermé et l'hystéromètre ne peut y pénétrer. Il y a sténose.

19 juillet 1906 : stomatoplastie (M. Pozzi). Suites normales la malade quitte l'hôpital le 12 août 1906.

Résultats. — Revue le 5 avril 1912. Pas de grossesse; les règles sont régulières, sans caillots et toute douleur a disparu. Trois fois, elle eut un retard de 5 à 6 semaines et les règles ont apparu sans augmentation avec quelques caillots. Pas de pertes blanches. L'examen local a été impossible. Il y a guérison complète de la dysménorrhée.

Obs. 46. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — D... Fernande, modiste, réglée à 14 ans régulièrement pendant 3 ans. Période d'aménorrhée d'une année, puis les règles

sont revenues abondantes, régulières, durant 4 jours et très douloureuses. Quelques pertes blanches.

Mariée à 19 ans, elle n'a pas eu de grossesse. Elle entre le 12 décembre 1907 à l'hôpital Broca pour dysménorrhée et surtout stérilité.

Utérus petit, en antéflexion; annexes perceptibles, mais non douloureuses. Le col est petit présentant autour de son orifice externe qui admet à peine l'extrémité de l'hystéromètre des granulations métritiques.

31 décembre 1907, curettage, dilatation et stomatoplastie (M. Pozzi), devant M. le Dr Couvelaire. Opération sans incident, suites normales. La malade sort le 26 janvier 1907.

Résultats. — Revue le 10 mai 1912. La malade est un peu affaiblie. Guérison complète de la dysménorrhée et de la métrite. Depuis 2 mois, elle a recommencé à perdre en blanc. Pas de douleur à la miction. Pas de grossesse, après 14 ans de mariage.

L'utérus est resté petit, le col est fendu transversalement sur une largeur de 2 centimètres; il est souple et réagit à l'excitation.

Obs. 47. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — R.... Berthe, 29 ans, brodeuse, réglée à 10 ans. Règles abondantes très douloureuses, durant 8 à 10 jours. Mariée à 22 ans, pas d'amélioration, pas de grossesse. Elle entre à l'hôpital Broca le 21 octobre 1907 pour dysménorrhée et leucorrhée abondante.

Utérus antéfléchi, col petit, dur, pyriforme. L'orifice externe est punctiforme et avant l'opération, M. Pozzi fait remarquer qu'on peut faire sourdre une abondante quantité de mucus.

2 novembre 1907, curettage et stomatoplastie sans incident. Après un séjour de 20 jours, la malade quitte l'hôpital.

Résultats. — Pas d'enfant, pas de fausse couche. La dys-

ménorrhée a été complètement guérie, la métrite du col très améliorée.

Elle est morte de tuberculose en octobre 1911.

Obs. 48. — Prise dans le service de M. le Prof. POZZI.
— R... Aurélie, 36 ans, ménagère, entre à l'hôpital Broca le 25 juillet 1908.

Mariée à 26 ans, pas de grossesse. Elle vient pour sa stérilité et pour de la dysménorrhée intense. Réglée à 13 ans, règles irrégulières durant 6 à 8 jours, très douloureuses. Quelques pertes blanches dans l'intervalle.

Utérus antéfléchi au col dur, conique, présentant un orifice punctiforme obstrué par un bouchon muqueux ; l'hystérométrie est impossible.

Stomatoplastie après curettage, le 17 août 1908 sans incident.

Les suites sont normales et la malade quitte l'hôpital le 5 septembre 1908.

Résultats. — Au spéculum, le col apparaît rosé, fendu transversalement de 10 à 15 millimètres environ. Pas d'éversion de la muqueuse.

La malade a quelques pertes blanches peu abondantes ; les règles sont régulières, durent 2 jours, non douloureuses. Il y a amélioration très nette et même guérison de la dysménorrhée. Pas de grossesse.

Agée de 41 ans maintenant, elle ne désire plus d'enfant.

Obs. 49. — Prise dans le service de M. le Prof. POZZI.
D... Jeanne, 23 ans, ménagère entre à l'hôpital Broca le 19 juin 1908. Vient consulter pour dysménorrhée, stérilité et pour leucorrhée. Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Règles durant 5 jours très douloureuses.

Mariée à 20 ans, pas de grossesse. Leucorrhée abondante.

Utérus antéfléchi, culs-de-sacs vaginaux libres et non dou-

loureux. Le col est petit ; son orifice externe est à peine visible.

Le 11 juillet 1908, stomatoplastie après curettage préalable pour métrite et sténose du col par M. Pozzi.

Le 31 juillet 1908, la malade quitte l'hôpital guérie.

Résultats. — Revue le 4 avril 1912. Au spéculum, le col apparaît rouge violacé présentant un orifice externe transversal et tout à fait normal. Les règles sont régulières abondantes, durent de 3 à 5 jours et n'ont été douloureuses que 2 ou 3 fois depuis l'intervention. La malade a quelques pertes blanches par intermittences, et surtout les jours de fatigue.

On peut dire que la dysménorrhée et la métrite ont été guéries. Pas de grossesse ; maintenant elle ne désire plus d'enfant.

Obs. 50. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.
— M... Edmée, concierge, 30 ans, entre à l'hôpital Broca pour dysménorrhée, stérilité et leucorrhée abondante. Mariée à 15 ans.

Utérus en antéversion, annexes normales. Col conique, petit avec sténose marquée. Le 13 mars 1909 : curettage et stomatoplastie.

Sans incident. Guérison le 6 avril 1909.

Résultats. — Revue le 10 mai 1912. Pas de grossesse. Guérison totale de la dysménorrhée. Pertes blanches toujours aussi abondantes.

Au spéculum, le col apparaît volumineux ; l'orifice externe laisse échapper des glaires en abondance. L'orifice mesure environ 2 centimètres de large et devient béant sous l'excitation.

Sur le col on peut voir un tout petit kyste. L'utérus est normal, les annexes également.

Obs. 51. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.
— J... Solange, cuisinière, 32 ans, réglée à 14 ans,

entre à l'hôpital Broca le 7 juin 1909, pour dysménorrhée intense et stérilité, le mariage datant de 6 ans.

Col utérin conique avec sténose marquée; l'hystérométrie est impossible. Pas de lésions annexielles pouvant contre-indiquer l'opération. Le 17 juin 1909 : curettage et stomatoplastie (M. Pozzi) sans incident. La malade quitte l'hôpital le 5 juillet 1909.

Résultats. — Revue le 9 mai 1912. Pas de grossesse. Ses règles notablement améliorées pendant les deux années qui ont suivi l'opération sont devenues un peu plus douloureuses et font craindre un retour à l'état ancien. Il semble bien que la dysménorrhée n'ait été guérie que d'une façon passagère.

Obs. 52. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — M... Jeanne, 26 ans, fut opérée le 8 septembre 1909, pour dysménorrhée et sténose du col. Revue en 1910, par M. Bender, elle souffre beaucoup moins au moment de ses règles.

Obs. 53. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — S... Marie, 40 ans, opérée le 10 décembre 1909. Dysménorrhée due à une sténose du col très accentuée. Revue en mai 1910. Guérison complète de la dysménorrhée.

Obs. 54. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — N... Maria, 34 ans, giletière, réglée à 14 ans, entre à l'hôpital Broca le 16 avril 1910, pour dysménorrhée et stérilité. Mariée à 24 ans; pas de grossesse.

Utérus en antéflexion, col volumineux avec orifice très étroit et sténose. Curettage et stomatoplastie sans incident (M. Bender), le 29 avril 1910. Guérison le 14 mai 1910.

Résultats. — Revue le 10 mai 1912. La malade ne souffre plus au moment de ses règles; donc guérison totale de la dysménorrhée. Pas de grossesse. L'utérus est en position nor-

male, le col utérin présente une lèvre antérieure un peu épaissie; il est fendu transversalement de 1 cent. $1/2$ environ.

Obs. 55. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — F... Léa, 30 ans, couturière, réglée à 14 ans, mariée depuis un an, se présente le 4 juin 1910 à l'hôpital Broca pour dysménorrhée, stérilité et métrite.

Utérus rétroversé, col long conique avec orifice externe virtuel. Stomatoplastie le 21 juin 1910 sans incident et la malade quitte l'hôpital le 16 juillet 1910.

Le 1^{er} avril 1911, elle entre dans une clinique privée où elle est opérée à nouveau : ablation de l'ovaire gauche et appendicectomie.

Résultats. — Revue le 9 mai 1912. Aucune amélioration. Si la malade ne souffre plus autant au moment de ses règles, elle souffre beaucoup dans l'intervalle.

Le col est fendu transversalement, la muqueuse est légèrement éversée. L'utérus est en latéro-déviation droite.

Obs. 56. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — G... Elisa, 23 ans, réglée à 13 ans, mariée à 20 ans, entre à l'hôpital Broca le 7 octobre 1911 pour stérilité, dysménorrhée et métrite légère.

L'utérus est antéfléchi, le col utérin est conique avec orifice externe punctiforme. Lésion annexielle du côté gauche.

Curettage et stomatoplastie le 7 novembre 1911 sans incident.

La malade quitte l'hôpital le 26 novembre. Guérie.

Résultats. — Revue le 27 mars 1912. Les règles sont régulières non douloureuses; les pertes blanches ont cessé. Guérison de la métrite et de la dysménorrhée. Au spéculum, le col est rosé avec une ouverture assez grande; col semblable à un col normal.

· Pas de grossesse; l'opération ne date que de 5 mois.

Obs. 57. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.
— H..., Marie, 32 ans, corsetière, mariée à 21 ans, réglée à 14 ans; vient à l'hôpital Broca le 16 mai 1911 pour stérilité et dysménorrhée. L'utérus est en antéflexion normale, le col est allongé, pointu, dur avec un orifice en trou d'aiguille. Rien aux annexes.

Curettage et stomatoplastie sans incident le 25 juin 1911 (M. Deverre). Le 25 juin 1911, le malade quitte l'hôpital.

Résultats. — Revue le 10 mai 1912; elle n'accuse plus aucune douleur au moment de ses règles. La dysménorrhée est complètement guérie. Pas de grossesse, l'opération ne date que d'un an. D'autre part, la malade est très nerveuse et très impressionnable.

Le col est volumineux, largement ouvert avec une muqueuse ulcérée à la lèvre antérieure du col. Sous l'excitation de la pince, le col devient béant. L'utérus est en bonne position.

Obs. 58. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi.
— G... Sophie, 24 ans, brodeuse, entre à l'hôpital Broca le 27 février 1911 pour stérilité, dysménorrhée et métrite.

Utérus antéfléchi avec col conique, orifice externe petit, sténosé.

Curettage et stomatoplastie le 9 mars 1911 (M. Pozzi) sans incident. La malade quitte l'hôpital le 20 avril 1911 avec un col ayant un orifice donnant largement accès dans la cavité utérine.

Résultats. — Revue le 9 mai 1912. Pas de grossesse. Il y a eu amélioration passagère de la métrite, mais depuis 6 mois, les pertes blanches sont revenues très abondantes. Les règles sont régulières, sans caillots, durent 7 jours et ne sont pas douloureuses.

Au spéculum, le col est volumineux, rosé; par la pression on fait sourdre une glaire assez grosse. L'utérus est dévié à droite et le col appuie sur la paroi vaginale gauche oblitérant

l'orifice externe cependant largement ouvert. Le doigt au toucher pénètre dans le cul-de-sac droit dilaté, véritable fausse route comme Courty et Pajot l'avaient autrefois signalé.

Obs. 59. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — R... Henriette 30, ans employée de commerce, entrée à l'hôpital Broca le 6 mars 1911 pour dysménorrhée et stérilité. Elle est mariée depuis 8 ans.

Le col utérin est lisse, régulier, conique, de consistance ferme au spéculum; l'orifice externe est très petit, entouré d'une auréole rouge inflammatoire. Par l'orifice, on voit sourdre un léger suintement muco-purulent. Utérus en antéversion.

Le 16 mars 1911, la malade est opérée.

Les suites opératoires furent normales et la malade quittait l'hôpital en parfait état le 2 avril 1911.

Résultat éloigné. — Le 18 mars 1912, la malade nous écrit qu'elle est bien portante et guérie totalement de sa dysménorrhée et de sa métrite. Pas de grossesse.

Obs 60. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — Lh... Marcelle, 21 ans, couturière, entre à l'hôpital Broca le 9 janvier 1911.

Réglée à 11 ans; règles abondantes, régulières durant 5 à 6 jours très douloureuses pendant deux jours. Leucorrhée abondante.

Utérus antéfléchi, culs-de-sacs libres. Au spéculum, le col apparaît conique petit avec un orifice très petit légèrement débordé par la lèvre antérieure.

Opérée par M. Pozzi le 21 janvier 1911. — Stomatoplastie après curetage préalable. Le 27 janvier, la malade fait une hémorragie abondante avec vertiges, sueurs, tendances au collapsus. Le 16 février 1911, elle sort de l'hôpital guérie localement.

Résultat éloigné. — 10 mai 1912. — Cette malade ne désire pas d'enfant; toute grossesse serait mal acceptée d'elle. Les règles sont régulières, durent 4 jours et toute douleur a disparu. La leucorrhée a considérablement diminué.

Obs. 61. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — E... Blanche, 32 ans, se présente à l'hôpital Broca le 12 mai 1911 pour aménorrhée temporaire et stérilité. Mariée il y a 12 ans.

Utérus petit antéfléchi. Le col est conique avec un orifice en trou d'aiguille; pas de lésions annexielles.

Stomatoplastie le 23 mai 1911 (M. Pozzi) sans incident. La malade guérie retourne à ses occupations le 10 juin 1911.

Résultats. — Revue le 9 mai 1912. Les règles ont fait leur apparition un mois après l'opération. Depuis, elles sont très régulières, abondantes, sans caillots, non douloureuses. Il semble bien que l'aménorrhée soit complètement guérie.

Pas de grossesse. Le col est assez difficile à repérer auspéculum. Il existe une bride vaginale circulaire qui encercle le col utérin. L'orifice est suffisamment ouvert. Pas d'écoulement glaireux à la pression du col. L'utérus est en position normale; aucune douleur dans les culs-de-sacs.

Obs. 62. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — F... Marie, 24 ans, entre à l'hôpital Broca en septembre 1911, pour dysménorrhée intense avec leucorrhée légère. Mariée depuis 2 ans, pas de grossesse. Règles très douloureuses l'obligeant à user de morphine. Elle ne désire pas d'enfant.

Utérus en position normale, col conique avec orifice externe sténosé. Rien aux annexes. Stomatoplastie le 12 septembre 1911 (M. Rouhier). Suites opératoires simples; la malade quitte l'hôpital le 1^{er} octobre 1911.

Résultats. — Revue le 10 mai 1912. Pas de grossesse mais

la malade ne souffre plus au moment de ses règles; sa leucorrhée a disparu. Il y a guérison de la dysménorrhée et de la métrite.

Au spéculum, le col se contracte sous l'excitation de la pince et apparaît béant avec une très légère éversion de la muqueuse. Utérus en place normale.

Obs. 63. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — M.... Berthe, 31 ans, lingère, entre une première fois le 21 janvier 1910 à l'hôpital Broca pour métrite. Fausse couche en 1906. Elle sort de l'hôpital le 17 mars 1910. Après une amélioration de quelques mois, les pertes blanches deviennent très abondantes l'obligeant même à se garnir. Les règles ne sont pas douloureuses, mais 2 ou 3 jours après, de violentes douleurs surviennent pendant 10 jours. Elle revient consulter le 10 novembre 1911.

Le col utérin est petit, l'orifice très peu rétréci, il s'enécoule des glaires purulentes avec abondance, la cavité cervicale est un réservoir de pus qui se draine difficilement. Au toucher, les annexes sont augmentées de volume à gauche, mais non douloureuses. L'utérus est normal.

Stomatoplastie après curettage (M. Rouhier) le 13 décembre 1911.

Résultats. — Revue le 4 avril 1912. Pas de grossesse, elle n'en désire pas. Les douleurs violentes ressenties après les règles ont vite fait leur apparition; la malade n'a pas bénéficié de l'intervention.

Au spéculum, le col est rouge violacé, très largement ouvert. L'orifice externe mesure 2 centimètres de large environ. La lèvre antérieure est épaissie, tuméfiée et rougeâtre, la lèvre postérieure est violacée. Du col s'écoulent des glaires abondantes. La malade revient chaque semaine à la consultation où elle suit un traitement médical. Les annexes droite et gauche sont augmentées de volume et dou-

loureuses et peut-être faut-il mettre sur le compte d'une ovarite double le résultat négatif de l'intervention faite sur le col utérin en 1911.

Obs. 64. — Prise dans le service de M. le Prof. Pozzi. — Ch.... Euphrosine, 40 ans, couturière, entre à l'hôpital Broca le 12 janvier 1912 pour métrite et dysménorrhée.

Fièvre typhoïde à 13 ans. Réglée à 13 ans, irrégulièrement jusqu'à 18 ans. Règles durant 3 jours très douloureuses.

Mariée à 27 ans, pas de grossesse, pas de fausse couche. Elle ne désire pas d'enfant. Pertes blanches abondantes depuis qu'elle est réglée. Elle suit la consultation de Broca depuis un an. Un kyste du col est enlevé au thermocautère.

Le 25 janvier 1912, curettage et stomatoplastie par évidemment commissural. Le col est gros, tuméfié avec quelques ulcérations à sa surface. Ecoulement jaune-verdâtre très visqueux.

Guérison immédiate rapide.

Résultat. — Revue le 10 mai 1912.

Amélioration nette de la dysménorrhée. Résultat négatif au point de vue métrite. Pas de grossesse.

Au spéculum, le col est rosé, l'orifice externe est large de 1 centimètre et demi environ. L'utérus est en antéversion. Pas de lésions annexielles.

Obs. 65. — Recueillie dans le service de M. le Prof. Pozzi. — M. S... Emilie, 30 ans, entre à l'hôpital Broca pour métrite en février 1912 et parce qu'elle désire une grossesse.

Mariée depuis 10 ans, elle n'a pas d'enfant, elle n'a pas fait de fausse couche.

Réglée à 13 ans, régulièrement et peu abondamment. Les règles ne sont pas du tout douloureuses. Durée 5 jours.

Pertes blanches très abondantes.

L'utérus est en position normale, rien aux annexes; le col

est conique avec orifice externe petit. M. Deverre, le 21 février 1912 fait la stomatoplastie suivant le procédé de M. Pozzi.

L'opération est faite sans incident; la malade quitte l'hôpital le 7 mars 1912.

Résultats éloignés. — Au spéculum, le col apparaît largement ouvert avec un orifice externe large de 2 centimètres environ. Aucun écoulement glaireux. L'utérus est rétrofléchi. Le col réagit à l'excitation.

Il y eût amélioration très nette de la métrite. La stérilité n'a pas été vaincue jusqu'ici, 10 mai 1912.

Les règles sont devenues très douloureuses. Cet état de choses semble être dû à la rétroflexion de l'utérus qui n'existait pas lors de l'opération.

Obs. 66. — Due à l'obligeance de M. le docteur LEQUEUX. — R... Julie, 30 ans, entre à la clinique Tarnier le 11 juillet 1910 pour dysménorrhée et stérilité.

Réglée à 16 ans régulièrement. Règles très douloureuses depuis son mariage, les deux premiers jours. Durée 10 jours. Pas de caillots, pas de pertes blanches.

Mariée depuis 5 ans, elle n'a pas eu d'enfant et pas fait de fausse couche.

A l'examen, le col est allongé, conique, l'orifice externe est étroit.

La malade contractant sa paroi abdominale, la position de l'utérus est difficile à noter.

Stomatoplastie suivant la technique de Pozzi. Suites opératoires normales. Sort de la clinique le 27 juillet 1910.

Résultat éloigné. — Nous avons revu la malade chez elle le 21 mai 1912. Elle est bien portante, la dysménorrhée est complètement guérie.

Pas de fausse couche, pas d'enfant, le mariage datant de 7 ans.

Quelques pertes blanches.

Utérus en antéversion. Col à lèvre antérieure débordant de 1 centimètre environ la lèvre postérieure. Le col est très ouvert, 2 centimètres au moins, dans la commissure gauche, on sent un fil qui n'a pas été enlevé. Déjà l'année dernière un fil oublié avait été retiré. Vagin très large.

Les observations qui suivent sont dues à l'obligeance de M. BENDER.

Obs. 67. — B... Gabrielle, 34 ans, opérée pour dysménorrhée intense en mars 1904.

Dysménorrhée très améliorée. Pas de grossesse.

Obs. 68. — P... Pauline, 55 ans, opérée le 20 mai 1906 pour métrite due à une sténose cicatricielle du col. Stomatoplastie. Guérison complète de la métrite.

Obs. 69. — C... Germaine, 25 ans. Dysménorrhée intense. Stomatoplastie le 21 mars 1907. Disparition des douleurs. En 1910, la malade n'avait pas de grossesse.

Obs. 70. — B... Marie, 25 ans. Stomatoplastie le 23 novembre 1908 pour dysménorrhée et stérilité. Col conique, pas de métrite. La dysménorrhée a été très améliorée, mais pas de grossesse depuis l'opération.

Obs. 71. — B... Marguerite, 31 ans. Sténose du col avec dysménorrhée et métrite. Stomatoplastie le 18 janvier 1909. La métrite a été très favorablement influencée, la dysménorrhée améliorée sans disparaître complètement.

Obs. 72. — G... Laure, 25 ans, opérée le 10 août 1909. Métrite sténosique du col ayant amené une dysménorrhée violente. Cette malade ne souffrait pas au moment des règles

avant l'apparition de la métrite gonococcique qu'elle présente actuellement. Col étroit, orifice sclérosé, punctiforme. La stomatoplastie a beaucoup amélioré la métrite et amené la disparition de la dysménorrhée.

Obs. 73. — B... Jeanne, 33 ans, opérée le 7 octobre 1909. Sténose du col, vaginisme, Stérilité. Opération du vaginisme et de la stomatoplastie. La stérilité n'a pas été influencée mais dans le cas actuel la valeur du mari est discutable.

Obs. 74. — B... Louise, 28 ans, opérée le 17 décembre 1909 pour une dysménorrhée extrêmement violente. L'opération n'a aucunement influencé cette dysménorrhée. La malade est suivie régulièrement; elle est toujours obligée de garder le lit pendant 2 ou 3 jours. Donc échec complet au point de vue de la dysménorrhée. Il s'agissait d'une jeune fille, la question de la stérilité n'était donc pas en jeu.

Obs. 75. — D... Louise, 34 ans, opérée le 9 février 1910 pour stérilité. Pas de dysménorrhée. Actuellement la malade n'est pas encore devenue enceinte.

M. BENDER a fait une stomatoplastie il y a 3 semaines. La dernière date du 30 mai 1912.

Nous publions ici un tableau qui sert à résumer les observations et à les mettre plus facilement toutes ensemble sous les yeux du lecteur. Nous y ajoutons les observations inédites de M. le professeur Pozzi.

Nos	NOMS, AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTATS OPÉRATOIRES		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRÉE	MÉTRITE
In thèse CHABRY 1	C... Maria, 21 ans, op. 26 avril 1893	Col tapiroïde. Sténose du col. Utérus infantile. Dysménorrhée intense. Métrite cervicale. Stérilité.	Curetage Stomatoplasie M. Pozzi.	En janvier 1894, grossesse de 7 mois. 6 ans de mariage.	Guérison.	Guérison.
In thèse CHABRY 2	L... op. 11 juillet 1892.	Col conique, Sténose du col. Utérus infantile. Dysménorrhée intense. Endométrite glandulaire. Stérilité.	Stomatoplasie M. Pozzi.	Grossesse le 20 février 1895. Acc ¹ simple 20 nov. 1895 à terme. 10 ans de mariage.	Guérison.	Guérison.
In thèse CHABRY 3	X... 37 ans, op. en 1893.	Col conique, orifice très étroit. Infantilisme, hystérométrie 5 cen- timètres et demi. Stérilité. Dysménorrhée.	Stomatoplasie M. Pozzi.	Hystérométrie 7 c. 1/2 après op. Grossesse en 1896. Acc ¹ normal à terme. 10 ans de mariage.	Guérison.	
In thèse CHABRY 4	F... op. en juin 1896.	Col conique sténosé. Dysménorrhée. Stérilité. Endométrite.	Curetage Stomatoplasie M. Pozzi.	Grossesse en 1900. Acc ¹ normal à terme. 10 ans de mariage.	Guérison.	Guérison.
DEL VECCHIO 5		Sténose de l'orifice externe. Dysménorrhée. Stérilité. Endométrite.	Stomatoplasie	Grossesse 3 mois après. Acc ¹ normal à terme.	Guérison.	Guérison.
DEL VECCHIO 6		Sténose de l'orifice externe. Col conique. Endométrite. Stérilité.	Stomatoplasie	Grossesse 4 mois après. Acc ¹ normal à terme.		Guérison.
In thèse V... 25 ans, op. 27		Col petit, orifice pontiforme.	Stomatoplasie	Grossesse en 1903		

In thèse NICOL 8	H... Marie 28 ans, op. 28 sept. 1901	Col conique sténosé. Dysménorrhée. Stérilité.	Curetage Stomatoplastie M. Pozzi.	Grossesse en mars 1902. Evolution normale. 8 ans de mariage.	Guérison.	
In thèse NICOL 9	D... Jeanne, 22 ans op. 18 mars, 1900.	Col étroit, orifice ponctiforme. Dysménorrhée. Stérilité. Leucorrhée légère.	Curetage Stomatoplastie M. Pozzi.	Grossesse en 1900. Acc ^t nor- mal 24 mai 1901. Durée du travail 10 heures. 5 ans de mariage.	Guérison.	Guérison.
In thèse NICOL 10	Ch. Irène, 29 ans, op. 26 sep. 1900.	Col conique, induré. Sténose. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie M. Pozzi.	Grossesse en 1901. Acc ^t nor- mal en nov. 1901. Durée du travail 12 heures. 13 ans de mariage.	Guérison.	
In thèse MATHEZ 11	M. de A... 28 ans, op. 11 sept. 1901.	Stérilité.	Stomatoplastie M. Pozzi.	Grossesse en 1903. Acc ^t normal en 1904.		
Inédite 12	C... Charlotte, 20 ans, op. 8 nov. 1899.	Col conique sténosé. Dysménorrhée. Stérilité.	Curetage Stomatoplastie M. Pozzi.	Grossesse. Acc ^t normal 20 sept. 1912. 5 ans de mariage.	Guérison.	
Inédite 13	R... Eugénie, 31 ans, op. 25 mars 1904.	Grossesse antérieure 25 juin 1901. Col dur sténosé, orifice étroit. Dysménorrhée. Stérilité. Leucorrhée.	Stomatoplastie M. Pozzi.	Fausse couche de 3 mois 1/2 en octobre 1910. Grossesse à terme. Acc ^t normal 1911. 5 ans de mariage.	Guérison.	
Inédite 14	R... Marie 28, ans, op. 29 juin 1903.	Col conique, orifice externe très étroit. Rétroversion. Dysménorrhée. Stérilité. Métrite cervicale.	Curetage Stomatoplastie 28 juillet 1905 Aiqué-Alexander M. Protour.	1 ^{re} Gros. Acc ^t normal 23 mai 1907. 2 ^e Gros. Acc ^t prématuré (45 jours) 12 août 1908. 3 ^e fausse couche de 3 mois 4 ^{er} août 1911. 7 ans de mariage.	Guérison.	Persistance des per- tes blan- ches.
Inédite 15	Ch... Marie 25 ans, op. 30 sept. 1907.	Col conique, sténosé. Dysménorrhée. Endométrite du col. Stérilité. Ne désire pas d'enfant.	Curetage Stomatoplastie M. DARTIGES.	Fausse couche de 5 mois, 29 juin 1910. 8 fils.	Guérison.	Guérison.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

N°	NOMS, AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	STÉRILITÉ		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRÉE	MÉRITE
Inédite 16	C... Suzanne 23 ans, op. 6 juin 1908.	Col conique. Bouchon muqueux. Rétroversion. Dysménorrhée. Stérilité. Cervicite.	Curettage Stomatoplastie M. BENDER.	1 ^{re} Gros. Acc ^t normal 26 juillet 1910. Durée du travail 44 h. poids de l'enf. 3020 gr. 2 ^e Gros. à terme en mars 1912. 7 ans de mariage.	Guérison.	Guérison.
Inédite 17	R... Sylvia 25 ans, op. 16 oct. 1909	Sténose du col assez peu marquée. Antéversion très accentuée. Dysménorrhée. Stérilité. Leucorrhée légère.	Curettage Stomatoplastie M. Pozzi.	Grossesse en février 1911. Acc ^t normal 5 nov. 1911. Durée du travail 2 heures. Fille pesant 3.230 grammes. 9 ans de mariage.	Guérison.	Guérison.
Inédite 18	G... Jeanne 24 ans, op. 27 février 1909.	Col conique sténosé. Antéversion très accentuée. Dysménorrhée. Métrite Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.	Grossesse, évol. normale. Dern. règles 12 déc. 1911. 7 ans de mariage.	Guérison.	Persistance des pertes blanches.
Inédite 19	B... Marie 25 ans, op. 25 janvier 1910.	1 Fausse-couche antérieure, nov. 1908. Col volumineux, orifice petit. Dysménorrhée. Stérilité. Leucorrhée assez abondante.	Curettage. Stomatoplastie. M. BENDER.	Grossesse en 1910. Acc ^t normal février 1911. Durée du travail 9 h. 1/2. Enfant pesant 3.250 gr. 5 fils. 3 ans de mariage.	Guérison.	Guérison.
Inédite 20	M... Clémence, 26 ans, op. 26 nov. 1910.	Col conique, orifice très petit. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie. M. DEVERRE	Grossesse Dern. Règles 11 nov. 1911. 3 ans de mariage.	Guérison.	
Inédite 21	B... Jeanne 23 ans, op. 5 nov. 1910.	Adénome du sein. Polype muqueux de l'utérus. Col conique, orifice très petit, sclérosé. Rétroversion. Dysménorrhée. Stérilité. Ne désirer pas d'enfant.	Stomatoplastie. M. PROUST.	Fausse couche de 4 mois 1/2 6 nov. 1911. 4 ans de mariage.	Guérison.	

		Hystérométrie 8 centimètres. Antéflexion marquée. Dysménorrhée, stérilité.			12 ans de mariage.		
DARTIGUES 23	P... 23 ans, 30 janvier 1907.	Col conique, utérus très anté-fléchi. Stérilité. Opérée le 30 nov. 1905 pour appendicite.		Stomatoplastie. M. DARTIGUES.	1 ^{er} Grossesse normale 8 mois après l'opération. 2 ^e Gros. acc ^t normal en 1911.		
BENDER 24	C... 32 ans, 3 juin 1909.	Sténose du col. Dysménorrhée. Métrite.		Stomatoplastie. M. BENDER.	Ne désire pas d'enfant.	Amélioration nette.	
DE MARTEL 25	X... 33 ans, op. janvier 1910.	Sténose très marquée du col. Dysménorrhée		Curetage Stomatoplastie. M. DE MARTEL.	1 ^{re} Grossesse. Acc ^t à terme normal 11 mois après l'op. 2 ^e Grossesse.	Guérison	
DE MARTEL 26	X... 28 ans, op. déc. 1911.	Sténose. Pas de dysménorrhée.		Curetage Stomatoplastie. M. DE MARTEL.	Grossesse.		
In thèse CHABRY 27	V... 34 ans, op. 14 avril 1893.	Mariée à 26 ans. Col conique, orifice très étroit Utérus infantile. Hyst. 6 cent. Endométrite glandulaire du col Dysménorrhée. Stérilité.		Stomatoplastie. M. Pozzi.	Ne désire pas d'enfant.	Guérison	Guérison
28	L... op. 27 juin 1894.	Col conique, orifice à peine visible. Dysménorrhée, Stérilité. Endométrite cervicale.		Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison	Guérison
29	P... op. 25 oct. 1894.	Col conique, sténosé. Endométrite. Ovaire droit vol. et prolabé. Dysménorrhée. Stérilité.		Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison	Guérison

N ^{os}	NOMS. AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTATS OPÉRATOIRES		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRÉE	MÉTRITE
30	L... op. 31 oct. 1894.	Col conique et sténosé. Métrite parenchymateuse. Antéflexion. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison	Guérison
31	M... 22 ans, op. 10 déc. 1896.	Col conique, sténose accusée. Métrite hémor. chez une vierge. Dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison	Guérison
32	D... op. 16 nov. 1897.	Col conique, ulcéré, orifice étroit. Hystér. 9 cent 1/2 polype du col. Rétroversion. Métrite virgine hémorragique.	Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison	Guérison
33	R... 26 ans, op. 24 oct. 1897.	Mariée depuis 3 ans. Col conique, orifice interne rétréci. Catarrhe hyalin du col. Dysménorrhée, stérilité.	Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison	Guérison
34	B..., 38 ans, op. 25 oct. 1897.	Sténose cicatricielle. En 1894, curettage et opération sur le col. Métrite. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison.	Guérison.
35	T..., 29 ans, op. 20 nov. 1897.	Mariage datant de 12 ans. Curettage en 1892. Col conique, pas de catéthérisme possible. Utérus infantile. Kyste du col. Dysménorrhée. Métrite. Stérilité.	Stomatoplastie. M. CHABRY.		Guérison. Développement de l'utérus. Agrandissement de sa cavité.	Guérison.
In thèse A. MATHEZ 36	R..., 28 ans, op. 9 mai 1903.	Mariage datant de 10 ans. Antéflexion cervico corporelle. Col dilaté en barillet.	Stomatoplastie. M. JAYLE.		Résultat nul. Sclérose ovarienne.	

38	B... 29 ans, op. 1 ^{er} avril 1903.	Mariée depuis 9 ans. 2 fausses couches antérieures. Sténose de l'orifice externe. Mét. lég.; pas de dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie. M. JAYLE.	Mari mort un an après l'opé- ration.	Résultat nul.	Resection des annexes gauches. de l'ovaire droit.
39	S... Jeanne, 30 ans, op. 12 av. 1904.	Antéflexion. Sténose de l'orifice externe du col. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. JAYLE.	Résultat nul.	Résultat nul.	
40	F... Marie, 33 ans, op. 11 juil. 1903.	Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie. M. JAYLE.	Résultat nul. Sclé- rose ovarienne.	Résultat nul.	
Inéduites 41	G... Marie, 44 ans, op. 20 oct. 1903.	Utérus petit en antéflexion cervi- co-corporelle. Col petit, bouchon muqueux. Métrorrhagie. Métrite. Pas de dysménorrhée..	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.	Ne désire pas d'enfants.	Guerison. Polype mu- queux de la lèvre infé- rieure du col.	
42	C... Clotilde, 39 ans, op. 26 juin 1905.	Antéflexion utérine. Col dur fermé. Métrite cervicale sténosique. Dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.	Ne désire pas d'enfants.	Guerison.	Améliora- tion.
43	P... Amélie, 21 ans, op. 29 fév.	Col conique, utérus petit en anté- version. Mariée depuis 6 ans. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie. M. LEQUEUX.	Guerison pendant 5 mois. 23 février 1909. Salpingecto- mie gauche. (M. Lequeux).	Guerison pendant 3 mois métrorrha- gie. 8 mai 1912.	
44	D... 25 ans, op. 14 déc. 1905.	Col conique sténosé. Antéflexion utérine. Dysménorrhée.	Stomatoplastie. M. DARTIGUES.	Ne désire pas d'enfants.	Guerison.	
45	P... Francine, 32 ans, op. 19 juil- let 1906.	Rétroversion. Col petit, orifice externe presque fermé. Sténose. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie. M. Pozzi.	Ne désire pas d'enfants.	Guerison.	

N°	NOMS, AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTATS OPÉRATOIRES		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRÉE	MÉTRITE
46	D... Fernande, 29 ans, op. 31 déc. 1907.	Mariage datant de 10 ans. Col petit, sténosé. Antéflexion. Dysménorrhée. Stérilité. Métrite.	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison.	Guérison.
47	R... 29 ans, op. 2 nov. 1907.	Antéflexion. Col pyriforme. Orifice ponctiforme. Métrite cervicale sténosique. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison.	Amélioration.
48	B... Amélie, 36 ans, op. 17 août 1908.	Utérus petit. Col conique, sténosé. Bouchon muqueux. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. BENDER.		Guérison.	
49	D... Jeanne, 23 ans, op. 11 juillet 1908.	Mariée depuis 3 ans. Col petit, orifice à peine visible. Antéflexion cervico-corporelle. Dysménorrhée. Stérilité. Métrite cervicale.	Curettage. Stomatoplastie. M. Pozzi.		Guérison.	Guérison.
50	M... Edmée, 30 ans, op. 13 mars 1909.	Antéversion marquée. Col conique, sténosé. Métrite cervicale. Stérilité. Dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie. M. BENDER.		Guérison.	Résultat nul.
51	J... Solange, 32 ans, op. 17 juin 1909.	Col sténosé, conique. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. BENDER.		Amélioration passagère.	
52	M... Jeanne, 26 ans, op. 8 sept. 1909.	Sténose du col. Dysménorrhée.	Stomatoplastie. M. BENDER.	Ne désire pas d'enfant.	Amélioration nette.	

55	F... Léa, 30 ans, op. 21 juin 1910.	Col conique, orifice virtuel. Rétroversion. Stérilité. Métrite cervicale. Dysménorrhée.	Stomatoplastie. 4 ^{er} avril 1911. M. PROUST. Appendicectomie. Ovariect. gauche. M. JAYLE.	Pas d'amélioration.	
56	G... Elisa 23 ans, op. 7 nov. 1911.	Col pointu, orifice ponctiforme. Dysménorrhée. Stérilité. Métrite cervicale sténosique.	Curettage. Stomatoplastie. M. DEVERRE.	Guérison.	Guérison.
57	H... Marie 32 ans, op. 10 juin 1911.	Mariée depuis 11 ans. Antéflexion. Col conique sténosé. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. DEVERRE.	Guérison.	
58	G... Sophie 24 ans, op. 9 mars 1911.	Col conique sténosé. Antéflexion. Dysménorrhée. Stérilité. Métrite cervicale sténosique.	Curettage. Stomatoplastie. M. POZZI.	Guérison.	Résultat nul.
59	R... Henriette, 30 ans, op. 16 mars 1911.	Col rigide, sténosé. Antéversion. Dysménorrhée. Stérilité. Métrite.	Stomatoplastie. M. BENDER.	Guérison.	Guérison.
60	Lh... Marcelle 21 ans, op. 21 janvier 1911.	Antéflexion. Col conique, sténosé. Dysménorrhée. Métrite cervicale sténosique.	Curettage. Stomatoplastie. M. POZZI.	Guérison.	Guérison.
61	Eug... Blanche 32 ans, op. 23 mai 1911.	Bride vaginale encerclant le col utérin conique, sténosé. Aménorrhée. Stérilité. Mariage datant de 12 ans.	Stomatoplastie. M. POZZI.	Aménorrhée temporaire, guérison.	
62	F... Marie 24 ans, op. 12 sept. 1911.	Mariage datant de 3 ans. Col conique. Dysménorrhée. Stérilité. Métrite cervicale sténosique.	Stomatoplastie. M. DEVERRE.	Guérison.	Guérison.

N ^{os}	NOMS, AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTATS OPÉRATOIRES		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRHÉE	MÉTRITE
63	B... Marie, 31 ans, op. 13 déc. 1911.	Col petit, orifice peu rétréci, dilaté en barillet. Métrite cervicale sténosique. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. Roumer.		Résultat nul.	Résultat nul.
64	Ch... Euphrosine 40 ans; op. 25 janvier 1912.	Col gros, ulcéré, sténosé. Métrite cervicale. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. M. DEVERRE.		Guérison.	Résultat nul.
65	S... Emélie, 30 ans, op. 21 février 1912.	Col conique, sténosé. Pas de dysménorrhée. Métrite cervicale. Stérilité. 10 ans de mariage.	Stomatoplastie. M. DEVERRE.		Dysménorrhée intense, rétro- flexion.	Améliora- nette. 12 mai 1912
LEQUEUX 66	R... Julie, 30 ans, op. 12 juillet 1910.	Col conique, sténosé. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie. 2 fils M. LEQUEUX.		Guérison.	
BENDER 67	B... Gabrielle, 34 ans, op. mars 1904.	Dysménorrhée intense. Stérilité.	Stomatoplastie. M. BENDER.		Amélioration.	
68	P... Pauline, 55 ans, op. 20 mai 1906.	Sténose cicatricielle du col. Métrite.	Stomatoplastie. M. BENDER.	55 ans.		Guérison.
69	C... Germaine, 25 ans, op. 24 mars 1907.	Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie. M. BENDER.		Guérison.	
70	B... Marie, 25 ans, op. 23 nov. 1908	Stérilité. Col conique. Dysménorrhée.	Stomatoplastie. M. BENDER.		Amélioration. nette.	
71	B... Marguerite, 34 ans, op. 18 janvier 1909	Sténose du col. Dysménorrhée. Métrite.	Stomatoplastie. M. BENDER.	Ne désire pas d'enfant.	Amélioration.	Améliora- tion.

	op. 10 août 1909.	dysménorrhée violente. Col étroit, orifice ponctiforme.	M. BENDER.		tion.
73	B... Jeanne 33 ans, op. 7 oct. 1909.	Vaginisme. Sténose du col. Stérilité. Valeur du mari discutable.	Op. du vaginisme Stomatoplastie. M. BENDER.		
74	B... Louise 28 ans, op. 17 déc. 1909.	Dysménorrhée. Jeune fille.	Stomatoplastie. M. BENDER.	Echec.	
75	D... Louise 34 ans, op. 9 février 1910.	Stérilité. Pas de dysménorrhée.	Stomatoplastie. M. BENDER.		
Inédites Prof. Pozzi. 76	T... 20 ans, op. 21 juin 1903	Col conique. Antéflexion. Stérilité. 1 fausse couche en 1901.	Stomatoplastie. En 1903, curetta- ge et amput. du col pour métrite.		
77	D... op. 12 février 1899.	Antéflexion cervico-corporelle. Pas de sténose. Hystérométrie 7 centimètres.	Curettage. Stomatoplastie.		
78	L... op. 8 juil. 1899.	Col conique. Orifice en trou d'aiguille. Stérilité.	Stomatoplastie.		
79	W... 38 ans, op. 23 oct. 1899.	Sténose du col. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie.	Guérison.	
80	Mad. de L. R. . .	Stérilité.	Stomatoplastie.	Grossesse en 1902.	
81	V... 29 ans, op. 23 oct. 1899.	Dysménorrhée.	Stomatoplastie.		
82	M. 25 ans, op. 15 juillet 1900.		Stomatoplastie.		
83	R... op. 8 nov. 1900.	Col allongé, étroit. Corps globuleux.	Stomatoplastie.		

N ^{os}	NOMS, AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTATS OPÉRATOIRES		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRÉE	MÉTRITE
84	Z... 19 ans, op. 6 février 1902.	Antéflexion cervico-corporelle. Col avec orifice étroit. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.		Guérison. Hypertrophie de la lèvre anté- rieure du col.	
85	R... 23 ans, op. février 1902.	Col conique. Antéflexion. Col dilaté en barillet. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie.	Fausse couche de 2 mois en 1911. 14 ans de mariage.	Guérison.	
86	M... op. 2 mars 1902.	Col conique, en groin. Antéversion.	Stomatoplastie.			
87	R... 24 ans, op. 25 juin 1903.	Étroitesse du col. Métrite fongueuse. Dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie.		En septembre 1903 a dû subir une hystérectomie sub-totale.	
88	Sp... op. 1 ^{er} août 1903.	Col petit, pas de sténose. Pas de dysménorrhée. Leucorrhée cervicale.	Curettage. Stomatoplastie.			
89	Al... op. en 1904.	Stérilité.	Stomatoplastie.	Grossesse et acc ^t normal.		
90	Da. A. V... 25 ans, op. 29 avril 1904.	Col conique. Stérilité mari ??.	Stomatoplastie.			
91	L... 27 ans, op. 1 ^{er} mai 1904.	Sténose congénitale du col. Métrite catarrhale.	Curettage. Stomatoplastie.			
92	E... 35 ans, op. 16 oct. 1904.	Antéflexion. Métrite.	Curettage. Stomatoplastie.			

op. 1 ^{re} oct. 1904.		2 ^e opération 8 nov. 1904. Ablation unilatérale annexes gauches.			Acc ^t prématuré (7 mois) en juillet 1905. 2 ^e Gros. Acc ^t normal à terme en janvier 1911.		
94	P... 30 ans, op. 8 juillet 1905.	Mariée depuis 11 ans. Antéflexion. Hystérométrie 9,5. Stérilité. Pas de dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie.				
95	P... 29 ans, op. 14 mars 1905.	Stérilité. Pas de dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie.				
96	G. R... op. 1905.	Stérilité. Légère dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie.	1 ^{re} Gros. Fausse couche accidentelle. 2 ^e Gros. Acc ^t normal à terme le 5 nov. 1906.			Guérison.
97	A... 32 ans, op. 23 déc. 1905.	Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.				
98	Ph... 39 ans, op. 3 juillet 1905.	Utérus en situation très élevée. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.				
99	A... 31 ans, op. 8 août 1905.	Hystérométrie 8 cm. 1/2. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie. Alexander.				
100	R... 21 ans, op. 16 sept. 1905.	Mariée depuis 3 ans. Antéflexion marquée. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.				
101	R... 25 ans, op. 8 janvier 1906.	Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.				
102	S... 27 ans, op. 21 février 1906.	Sténose congénitale du col. Catarrhe cervical purulent.	Curettage. Stomatoplastie.				

N ^o	NOMS, AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTATS OPÉRATOIRES		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRÉE	MÉTRITE
103	U..., 39 ans, op. 22 mars 1905.	Etroitesse du col. Hystérométrie 8 cm. 1/2. Catarrhe cervical muco-purulent. Pas de dysménorrhée.	Curetage. Stomatoplasie.			Revue fin décembre 1906. Guérison.
104	S..., 22 ans, op. 1906.	Mariée depuis 4 ans. Col étroit allongé, 8 cm. Catarrhe cervical. Stérilité.	Curetage. Stomatoplasie.			
105	U..., 24 ans, op. 6 mai 1906.	Col conique. Allongement cervical. Endométrite.	Curetage. Stomatoplasie.			
106	La G..., op. 1906.	Stérilité.	Curetage. Stomatoplasie.	1 ^{re} grossesse, acc ^t normal. 2 ^e gross., acc ^t normal en 1909.		
107	R..., op. 8 juin 1907.	Antéflexion. Col en groin. Dilatation de la cavité cervicale. Engouement muqueux. Stérilité. Dysménorrhée.	Curetage. Stomatoplasie.		Guérison.	
108	P..., op. 15 mai 1907.	Mariée depuis 5 ans. Col conique, corps globuleux, 7 cm. Dysménorrhée intense.	Curetage Stomatoplasie.			
109	M..., 33 ans, op. 25 juin 1907.	Col petit, étroit. Antéversion. Pas de dysménorrhée. Engouement muqueux. Stérilité. Mariée deux fois.	Curetage. Stomatoplasie.			

	1907.								
111	S..., op. 1907.	Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.	Grossesse en octobre 1908. Acc' normal à terme en 1909.					
112	Pr..., 22 ans, op. 20 juillet 1908	Sténose du col. Dilatation de la cavité cervicale. Flexion cer- vico-corporelle. Catarrhe cervical. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.	1 ^{re} Acc' normal à terme en juin 1909. depuis 2 ^e acc' normal.					
113	G..., op. 1901.	Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.	1 Fausse couche en 1902. 2 ^e Grossesse. Acc' à terme normal en juin 1911. Fille 45 ans de mariage. 10 ans après l'opération.					
114	H..., op. novem- bre 1906.	Utérus infantile. Aménorrhée. Stérilité. Dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie.	Dévelop' de l'utérus. Fausse couche de 6 semaines en 1909.			Guérison.		
115	H..., 27 ans, op. 5 juillet 1908.	Léger catarrhe du col. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.						
116	T..., 30 ans, op. en 1909.	Col conique. Dysménorrhée.	Curettage. Stomatoplastie. 3 oct. 1909. Ablation des annexes gauches et de l'appendice. Encléation d'un fibrome du fond de l'utérus.				Guérison.		
117	Ch..., 25 ans, op. 13 mars 1909.	Mariée depuis 6 ans. Col conique. Anteflexion. Dysménorrhée. Stérilité.	Curettage. Stomatoplastie.	Avril 1912. Grossesse de 7 mois en évolution.			Guérison.		

N ^{os}	NOMS, AGE	RÉSUMÉ CLINIQUE	TRAITEMENT	RÉSULTATS OPÉRATOIRES		
				STÉRILITÉ	DYSMÉNORRHÉE	MÉTRITE
118	M ^e d'A..., op. 27 janvier 1908.	Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie.	Grossesse en nov. 1909.		
119	B..., 35 ans, op. 31 juillet 1909.	Mariée depuis 6 ans. Col petit, utérus en rétroposition. Bouchon muqueux.	Stomatoplastie.		Guérison.	Guérison.
120	V..., 34 ans, op. 19 juillet 1909.	Dysménorrhée intense. Piq. de morphine. Dilatée sans résultat et à 3 re- prises par le Prof. Schault de Vienne.			Guérison.	
121	F..., 28 ans, op. 25 juillet 1909	2f. couches ovulaires de six semai- nes. Grande étroitesse des orifices in- terne et externe du col lais- sant passer difficilement l'hy- s-téromètre.	Curettage Stomatoplastie. Red ^e de l'utérus.			
122	R. Gr..., op. 9 février 1909.	Col long, antéflexion. Hyst. 8 cm 1/2. Pas de dysménorrhée. Métrite sténosique.	Curettage. Stomatoplastie.			
123	M. B... 24 ans, op. 8 mars 1910	Dysménorrhée, Infection gonococcique. Leucor- rhée. Métrite cervicale sténosique.	Curettage. Stomatoplastie. Fils de caout.			
124	B. Suzanne 27 ans, op. 9 mars 1910	Métrite cervicale sténosique Polype muqueux du vol. d'une dalle. La Stomatoplastie a été dis- crite; l'opération a été faite.	Curettage. Stomatoplastie.			

125	W... Eve 27 ans, op. 11 avril 1910	Mariée depuis 3 ans. Col droit. Engouement muqueux. Dysménorrhée intense. Stomatoplastie.	Stomatoplastie.			
126	H... 33 ans op. 13 juillet 1909	Mariée depuis 10 ans. Sténose cervicale. Antécourbure cervico-corporelle. Dysménorrhée. Stérilité.	Stomatoplastie.	Grossesse et acc ¹ à terme nor- mal en 1910		Guérison.
127	G... 21 ans, op. 29 sept. 1910	Col très long, conique. Antécour- bure. Pertes muco-purulentes. Métrite cervicale sténosique.	Curettage. Stomatoplastie.			
128	A... 39 ans op. 15 mars 1911	Col en groin de cochon orifice très étroit. Antéflexion marquée. Corrigée après l'opération. Ca- tharre cervical. Métrite cervicale sténosique.	Stomatoplastie.			
129	L... 30 ans, op. 10 févr. 1911	Rétroflexion ancienne. Métrite cervicale sténosique poly- peuse.	Curettage. Stomatoplastie. Sutures au brady- catgut.			

CONCLUSIONS

I. — Une des causes les plus fréquentes de stérilité et de dysménorrhée chez la femme est la sténose de l'orifice externe du col de l'utérus.

II. — Deux sortes de sténoses sont à considérer : l'une congénitale, de beaucoup la plus importante; l'autre acquise et due à des cautérisations intempestives sur le col ou à des opérations chirurgicales mal faites. La sténose existe quand le col ne peut admettre un cathéter de 4 millimètres de diamètre. Le rétrécissement peut siéger à l'orifice externe, à l'orifice interne séparément ou aux deux à la fois; il peut exister dans toute la longueur du canal.

III. — La stérilité est due à de nombreuses causes, mais tous les cas de sténose observés ont produit cette infirmité.

IV. — L'obstacle mécanique s'opposant à la pénétration des spermatozoïdes dans la cavité utérine est dû à la sténose du col, à l'antéflexion qui l'accompagne souvent et à l'engouement muqueux du col.

V. — La dysménorrhée n'est pas fatalement la conséquence de la sténose du col; elle l'accompagne souvent.

VI. — L'infection gonococcique, l'infection par les

saprophytes du milieu vaginal se localise sur le col sténosé et donne la métrite cervicale sténosique.

VII. — Le pronostic n'est pas grave en tant qu'affection pathologique mais les désordres produits sont assez sérieux pour qu'un traitement énergique soit appliqué.

VIII. — Le traitement consiste à rétablir la perméabilité du canal en respectant la muqueuse et les éléments importants du col. Cette perméabilité doit être permanente.

IX. — La stomatoplastie par évidemment commissural remplit ces conditions. Le col utérin conservant sa muqueuse et tous ses éléments importants, il n'y a pas à craindre la sténose post-opératoire et les accidents qui en découlent.

X. — La stérilité est guérie dans 33 p. 100 des cas..

La dysménorrhée est guérie dans 86 p. 100 des cas.

La métrite cervicale sténosique disparaît rapidement du fait du drainage facile de la cavité du col.

La grossesse peut survenir 10 et même 15 ans après le mariage.

XI. — Il n'y a jamais de dystocie au cours de l'accouchement; il peut seulement y avoir lenteur du travail.

Les avortements imputables à l'opération sont exceptionnels.

XII. — Le développement de l'utérus incomplètement développé est favorablement influencé. L'opération guérit l'aménorrhée intermittente. Elle est incomparablement supérieure à la dilatation et donne des résultats remarquables dans des cas où tout autre moyen thérapeutique avait échoué.

XIII. — La stomatoplastie est contre-indiquée dans le cas d'utérus franchement infantile. Elle serait inutile et parfois nuisible dans le cas d'infection concomitante des annexes.

XIV. — Pour ces raisons, nous proposons la stomatoplastie par évidemment commissural du col, opération de M. le professeur Pozzi comme le meilleur traitement de la stérilité et de la dysménorrhée chez la femme par sténose congénitale du col de l'utérus.

Vu : Le Président de la Thèse,
S. POZZI.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Sims. — *Lancet* t. I., p. 224 et suiv. et *Uterine surgery* (London), 1865.
- Barnes. — *Lancet*, 15 juin 1865.
- Simpson. — *Selected obs. WORTS.* London, p. 677, 1871.
- Munde. — *Minor surgery gynecology*, New-York, p. 297, 1885.
- Pajot. — De l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité. *Annales de Gynéc.*, déc. 1880, p. 401.
- Des obstacles à la fécondation dans l'espèce humaine. *Annales de Gynéc.* avril 1886, p. 255-279.
- Thomas Moor Madden. — *Congrès de Washington.* Dublin, section de gynécol., 6 sept. 1887, in *Med. Record*, New-York, 18 septembre 1887.
- Dolérès. — *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, t. II p. 33.
- *Métrites et fausses métrites.* Paris 1902.
- Simpson. — *Med. Times and Gaz.*, fév. et mars 1859.
- Routier. — Un cas d'atrésie après application de chlorure de zinc; hystérectomie vaginale. *Abeille médicale*, 25 avril 1892.
- Courty. — *Traité des maladies de l'utérus*, Paris 1889.
- Guyon. — *Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*; th. Paris 1858, n° 48.
- Sims. — *Chirurgie utérine*, 1866.

- Eklund. — *Rétrécissement du canal de l'utérus et de ses orifices*. Stockholm 1877.
- Ugonin. — *Des obstacles que le col peut apporter à l'accouchement*; th. Paris, 1863.
- Chroback. — *Dystocie du col*. *Wien. klin. Woch.* 1890.
- Schultze. — *Traité des déviations utérines*.
- Gorski. — *Du catarrhe utérin comme cause de stérilité*, th. Paris, 1876.
- Kisch. — *Zur Lehre der Sterilität des Weibes* Wien 1882. *Deutsche med. Wochensch.* 1885. — *Jahreshbericht* 1886, B-4, p. 617.
- Roubaud. — *Traité de l'impuissance et de la stérilité*, Paris, 1876.
- Dechaux. — *La femme stérile*, Paris 1882, n° 77328.
- Lutaud. — *La stérilité chez la femme*. Paris 1895, n° 50598.
- Platon. — *Des causes de la stérilité*. *Gaz de gynéc.* Paris, 1908, p. 17-28.
- Labusquière. — *Du segment inférieur de l'utérus*. *Ann. de gyn. et d'obst.* Paris, 1907.
- Pichevin. — *Aménorrhée et conception*. *Sem. gyn.* 20 nov. 1906.
- Hegar et Kaltenbach. — *Gynécologie opératoire*, 1885.
- Pozzi. — *Contribution à l'étude des métrites cervicales*. *Rev. de gynéc. et de chirurgie abd.* n° 5 sept.-octobre 1900.
- *Des métrites*. *Méd. moderne*, 1890, p. 645.
- *Sur un cas de sténose cicatricielle du col*. (Discussion). *C. R. Soc. Obst. Gyn. et Péd.* 1906, p. 216.
- *Sur le traitement de la métrite cervicale* (Discussion). *C. R. Soc. Obst. Gyn. et Péd.* 1906, p. 96.
- *Sur le traitement de la métrite cervicale* (Discussion). *C. R. Soc. Obst. Gyn. et Péd.* 1901, p. 266-267-269.
- *Nouvelle opération applicable à la sténose congénitale du col de l'utérus*. *Bull et Mém. Soc. de Chir. de Paris.* 1893, p. 93 et *Ann. de Gyn.*, 1893, p. 407.
- *Traitement chirurgical de certaines causes de stérilité*.

- Communication au XI^e Congrès des Sciences médicales de Rome, et *Annales de Gyn.* 1894 p. 589.
- Chabry. — *De la sténose du col de l'utérus, de son traitement et principalement de l'évidement commissural du col*; thèse de Paris 1898. *Revue de gyn. et de chir. abd.* 1898, t. II, p. 387.
- Marsan. — La dysménorrhée. *Gaz. des Hôpitaux*, nov. 1906, p. 1599.
- De Sinéty. — *De la stérilité chez la femme et de son traitement*. Paris 1892, n° 70843.
- Hugon. — *La stérilité chez la femme*. Paris 1906, n° 76790.
- Lavergne. — *Pathogénie et traitement de la stérilité chez la femme*, th. Paris 1892-3, n° 434.
- Bertrand. — *La stérilité d'origine blennorrhagique*; th. Paris, février 1911.
- Nigoul. — *Stomatoplastie par évidement commissural du col. Traitement de choix de la stérilité par sténose du col de l'utérus*; th. Paris 1902-1903.
- Mauclore. — Trois cas de stomatoplastie du col utérin. (*Annales de gyn. et d'obst.* Paris, 104).
- Auvard. — *La stérilité chez la femme*, Paris 1896, n° 75969.
- Siredey. — *Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*, art. Dysménorrhée, Paris 1882.
- Lutaud. — *Traitement de la dysménorrhée*. *Rev. obst. et gyn.* Paris 1894
- M. Frank. — Dilatierende Dauerdrainage des Uterus zur Behandlung der Indometritis und Dysmenorrhæ, insbesondere bei Stenose der Cervix. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* 1901, Bd 45, H. 3).
- A. Mathez. — *Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus*; th. Paris 1905.
- Alexandroff. — Le traitement opératoire de la dysménorrhée d'origine mécanique (*Vratsch*, juin 1901, n° 24).
- Silberschatz. — *De la dysménorrhée*; thèse de Lausanne 1904.
- Baudron. — *Congrès d'obst., de gynécol. et de péd.* Nantes,

- sept. 1901. De l'antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement.
- Sophie Popoff. — *Contribution à l'étude de la sténose du col utérin et de son traitement par le procédé de Pozzi*; thèse de Lausanne 1905.
- *Gyneekologia Helvetica*, 1900, p. 189.
- Lefèvre. — *Sur une forme commune de la stérilité et son traitement*; th. Paris 1898-99, n° 92.
- P. Jayle. — La sténose et l'atrésie du col chez des femmes ayant eu des enfants. *Pr. Méd.*, 9 janvier 1907, p. 17.
- Gibbous J. A. — Dilatation of the cervix as a cure for dysmenorrhea. (*Med. a. Surg. Monit.*, Indianapolis 1902, V, p. 344).
- Grilhaut des Fontaines. — *Du traitement de la métrite du col*; th. de Paris 1892-93, n° 403.
- Bouilly. — De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical. *Bull. Soc. Chirurgie*, XIX, 1892.
- Demelin. — *Le segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche*; th. Paris 1888.
- Pinard. — Stérilité : ce que le médecin doit savoir et faire pour la traiter. *Revue de Chirurgie et de gyn.*, 8 juillet 1906, p. 387.
- Pozzi. — On the surgical treatment of a most frequent cause of dysmenorrhea and sterility in women. Communication à l'*Amér. Gyn. obst.* avril 1909, in *Surgery, Gynec. and Obstetrics* t. IX, n° 2, août 1909, p. 411.
- Traitement chirurgical d'une cause très fréquente de dysménorrhée et de stérilité. *Bull. Acad. Méd.* 9 nov. 1909 p. 266.
- *Traité de Gynécologie*. Masson, éditeur.
- G Deverre. — Traitement de certains cas de dysménorrhée et de stérilité. *Revue de gyn. d'obst. et de péd.* Paris, 1911, oct. n° 40, p. 514.

- Bertillon. — *La dépopulation de la France*, Paris 1911, n° 63223.
- R. Vitanza (de Palerme). — Consequenze di 1500 operazioni praticate sol collo dell'utero dal punto de vista della fecondazione, della gravidanza e dei parti successive. (*Lucina sicula*, 1904, n° 7, p. 169).
- Guibout. — *Conséq. obst. possibles de l'amputation sous-vaginale du col*; thèse de Paris 1899-1900, n° 341.
- Samuel Gache. — La fécondité de la femme dans 63 pays *Annales de gyn. et d'obst.* Paris 1904.
- Pichevin. — *La Semaine gynécologique*, 1911 n° 45, p. 353.
- Chroback. — Ueber Sterilität. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1901, n° 51, p. 1252).
- Labadie-Lagrave et Legueu. — *Traité médico-chirurg. de gynécol.* Paris, 1904.
- Scanzoni. — *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*. Paris 1858.
- Rohrig. — Die Sterilität des Weibes und ihre Behandlung. *Virchow's Archiv*. 1884, vol. 96.
- Emmet. — *La pratique des maladies des femmes*. Trad. OLIVIER. Paris 1887.

